

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - N° 508

**L'ADOLESCENT ET LA DROGUE :
ERREUR DE PARCOURS
DANS UN NOUVEAU CHOIX DE VIE ?**

Approche du vécu toxicomane au travers de
cinq années d'activités, de 1972 à 1977, auprès
de 711 adolescents utilisateurs de toxiques.

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 3 Novembre 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Alain ODDOU

né le 5 Mai 1946

à SISTERON (Alpes-de-Haute-Provence)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554215_0004

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - N°

**L'ADOLESCENT ET LA DROGUE :
ERREUR DE PARCOURS
DANS UN NOUVEAU CHOIX DE VIE ?**

Approche du vécu toxicomane au travers de
cinq années d'activités, de 1972 à 1977, auprès
de 711 adolescents utilisateurs de toxiques.

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 3 Novembre 1977
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Alain ODDOU

né le 5 Mai 1946

à SISTERON (Alpes-de-Haute-Provence)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

U.E.R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

Président de l'Université : Pr. D. GERMAIN

Vice-Président : Pr. E. ELBAZ

Deuxième vice-Président : M. B. ROUSSET

Troisième vice-Président : M. LOPEZ

Secrétaire Général : M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MEDECINE : GRANGE-BLANCHE : Directeur M. Le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS-CARREL : Directeur M. Le Professeur R. MORNEX
SUD-OUEST : Directeur M. Le Professeur J. NORMAND
LYON-NORD : Directeur M. Le Docteur J.P. NEIDHARDT
Directeur Honoraire : M. Le Professeur A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE : Directeur M. Le Docteur J.P. REVILLARD (M.C.A.)

TECHNIQUES DE READAPTATION : Directeur M. Le Docteur A. MORGON (M.C.A.)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES : Directeur M. Le Professeur BIZOLLON

SCIENCES ODONTOLOGIQUES : Directeur M. Le Docteur R. VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :

Président du conseil d'U.E.R. M. Le Docteur J.J. COMTET
Directeur : M. A. MILLON

MATHEMATIQUES : Directeur M. Le Professeur E. COMBET

PHYSIQUE : Directeur M. Le Professeur DELMAU

CHIMIE ET BIOCHIMIE : Directeur M. Le Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE : Directeur M. Le Professeur R. GINET

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES : Directeur Mle Le Professeur J.F. WORBE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 1 : Directeur M. Le Professeur B. POUYET

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 2 : Directeur M. J. GALLET (Directeur ENSAM)

PHYSIQUE NUCLEAIRE : Directeur M. Le Professeur GUSAKOW

MECANIQUE : Directeur Mle Le Professeur G. COMTE-BELLOT

OBSERVATOIRE : Directeur M. G. MONNET (Astronome Adjoint)

A MES PARENTS

Salut Geneviève, merci pour ton aide précieuse

Coucou Gaëtan canaille

A TOUS MES AMIS

ET A TOUS LES AUTRES

A Jacky

MERCI

à Monsieur le Professeur L. Roche qui a
bien voulu présider notre jury de thèse,

à Messieurs les Professeurs Colin, Vedrinne
et Bergeret qui ont bien voulu juger ensemble notre
travail,

à Madame le Docteur Vincent qui a accepté
d'être notre invitée.

Nous tenons à remercier ici tous ceux qui nous ont aidé pendant toutes ces années, au Pavillon N de l'hôpital Edouard Herriot, à l'hôpital du Vinatier dans le service du Docteur Balvet, et à l'équipe A 3.

Nous dédions tout spécialement ce travail à tous les toxicos que nous avons rencontrés en espérant les avoir compris un peu mieux.



I N T R O D U C T I O N

"Nous arrivons au terme, et c'est une catastrophe finale que nous avons à affronter. Il y a belle lurette que nous ne sommes plus sensibles aux avertissements. Ce sont des actes qu'on demande, peut-être des suicides, en tout cas des actes riches de signification".

"... Ce que nous voulons, ce sont des victimes de la vie pour nous accompagner dans notre épreuve...

Le XXe siècle c'est "le temps des assassins" ne nous y trompons pas. C'est "l'aube exaltée ainsi qu'un peuple de colombes".

HENRY MILLER :

"Le temps des assassins"

Essai sur Rimbaud

Qu'avons-nous appris sur le phénomène DROGUE depuis le 18 juin 1972 où nous avons essayé, avec tant d'autres, de comprendre un peu mieux ce qu'il signifiait dans notre société, et, surtout d'aider ceux qui, choisissant cette voie, devenaient de plus en plus jeunes, de plus en plus désespérés... Parmi les questions que nous allons traiter dans ce travail, nous distinguerons les plus importantes :

Quelle est la place du médecin dans ce phénomène, que doit-il faire ? Doit-il faire quelque chose ? Quoi ? Nous verrons que la réponse n'est pas simple. Le Docteur Olievenstein disait : "Je renvoie la responsabilité à la Cité toute entière". Au travers de cette culpabilité sous-jacente qui reviendrait toute entière au groupe social (essentiellement aux parents et éducateurs) qui, lui, n'en a pas conscience, du moins pas dans son ensemble, il reste toujours impossible, aujourd'hui comme hier, de donner un sens à l'histoire des phénomènes sociaux.

Nous nous efforcerons cependant de comprendre ce phénomène (de lui donner du sens), mais aucune spéculation en ce domaine n'est une quasi-certitude*.

Nous verrons ensuite si la responsabilité du groupe social peut être cependant comprise par le biais d'un système simple qui régit le monde d'aujourd'hui, celui de la marchandise (réf. 15 B 1), mais l'on peut décomposer la problématique en autant de chapitres parcellarisant que l'on veut. Le médecin a droit au chapitre avec tout ce qui en découle ; en effet, tacitement, par le biais du consensus socio-culturel, il panse, répare, prescrit, guérit ou reste impuissant, pour tous, sans exception de race, de religion ou de culture. Ceci expliquant cela, le médecin est amené et voire même recherche la prise

* En 1970 et 1972 l'on prévoyait selon une courbe croissante logique, plus de 170 000 toxicomanes en France en 1975. Est-ce l'efficacité d'une nouvelle forme de prise en charge qui a ramené ces estimations logiques et intellectuelles à des estimations toutes autant stupides dans leur logique implacable de l'ordre de 15 à 30 000 en 1976 ?

en charge des déviants et marginaux de toutes sortes. Le principe doit donc s'appliquer au toxicomane qui, de même race et de même culture par ses origines, s'est désigné comme le junk, l'objet au rebut, celui qui, déjà dans les poubelles de l'Histoire, sera l'image d'une représentation du Monde vouée à l'échec. Et nous constatons pour tous les phénomènes comparables dans le groupe social (délinquance juvénile, suicide, contestation sauvage, etc.) une représentation flagrante de l'échec d'un certain système socio-culturel de relation entre les individus, avec création sur ses cendres d'un nouvel esprit et de fait, une représentation nouvelle du monde.

Nous aborderons ensuite les possibilités de prise en charge. Sartre disait dans "Les Mouches" (réf. 92 B 1) : "La vie humaine commence de l'autre côté du désespoir". Nous retrouvons ici le principe même de toute thérapeutique, c'est-à-dire la prise de conscience d'une dialectique qui permet de ne plus rester immobile, de reprendre le sens de son histoire et d'assumer ses propres contradictions. Fixé, figé dans le désespoir et une décrépitude profonde sans issue, le toxico décroche quand soudain un germe d'espoir renaît. Pourquoi fallait-il, là où on ne pouvait l'espérer, qu'il entrouvre les yeux sur une autre réalité ; celle où enfin il envisage de prendre son autonomie en critiquant son ancienne dépendance. Il peut avoir découvert Dieu, Bouddha, que la vie vaut la peine d'être vécue, que l'amour peut tout changer, que le monde est pourri et qu'il faut le changer en un meilleur ou tout du moins, moins mauvais, etc...

Comment le médecin pourra-t-il alors prétendre, avec sa seule compétence médicale, jouer sur tous ces tableaux à la fois alors qu'il y trouve une place de choix ? Nous utiliserons pour répondre à cette question tous les tâtonnements, les incertitudes et les réalisations effectuées pendant ces cinq années d'exploration de ce monde nouveau, représenté dans le phénomène drogue.

Nous aborderons ensuite l'aspect culturel de la drogue bien qu'il ne puisse être isolé de la Culture dans la mesure où il n'y a pas à proprement parler, de culture de la drogue, malgré les biographies

littérateurs (réf. 108 et 108 bis B 1). En effet, l'on ne peut retenir cette hypothèse qu'une culture se soit installée sur une illusion. Tous les créateurs, drogués, ne lui doivent en général qu'une certaine forme d'affrontement d'eux-mêmes avec la dépendance et l'aliénation. Leur génie et leur créativité ne sont que des manifestations propres à eux-mêmes. Alors même si dans le souffle imperceptible d'une nouvelle représentation du monde l'on y trouve des drogues, celles-ci ne sont remarquées que parce que différentes de celles consommées par le groupe majoritaire. Le haschich et l'acide remplacent l'alcool, le tabac et autres drogues. Dans cette perspective de changement du groupe dans sa totalité, celui-ci doit-il l'absorber (en Hollande, certains états des Etats-Unis*, en Angleterre, en Italie) ou le rejeter (en France, en Allemagne, en U. R. S. S., etc..) ?

Pour l'heure, il n'y a que deux alternatives possibles, du moins en exercice, la répression et (ou) la cure de désintoxication. Le médecin ou du moins le corps médical** absorbe (ou rejette) le toxicomane qui lui est désigné ou qui l'a choisi pour le traiter d'une forme d'aliénation particulière au monde des choses (domaine du matériel).

Pour nous aider à traiter ces questions, nous nous sommes appuyés sur nos cinq années de pratique. Nous avons rencontré plus de 700 jeunes ayant eu des démêlés avec une ou des drogues ; nous avons réalisé des séances d'information, débats, conférences, enseignements sur le thème de la drogue ; nous avons vu se créer une association de parents de jeunes en détresse (J. O. N° 182 du 7.8.1977) et surtout, nous nous sommes confrontés à toutes les difficultés et tracasseries administratives (dûes essentiellement au manque d'information ou une

* Le Président des Etats-Unis d'Amérique, J. Carter, vient de proposer au Congrès une loi qui décriminaliserait l'utilisateur de drogue pour lui-même. Août 1977.

** Nous citons ici la communication des Docteurs Quénard et Gillet à la réunion de Grenoble en mai 1977 sur "le corps soignant et le corps du toxicomane".

information entachée de préjugés).

Nous tenterons ensuite, grace à tous ces éléments, de répondre à deux questions que nous nous sommes posées en écoutant le discours du toxicomane et de celui qui utilise sans abuser une ou des drogues, comparé au discours sur le toxicomane et celui qui use de drogue(s) :

Tout d'abord, la première posera le problème de la colonisation : L'Histoire des hommes depuis des millénaires nous raconte ses démêlés terrifiants ou heureux avec les drogues ; chaque groupe socio-culturel use d'un produit toxique largement toléré par tous ceux qui en respectent les règles mêmes de l'usage (que ce soit le vin de messe ou le tabac ou le chanvre indien ou ses dérivés, ou le peyotl chez les Huicholes ou l'ammenite tue-mouche chez les Sibériens et peut-être aussi le soma chez les Indo-européens (Aryens) dans la vallée de l'Indus (R. Gordon Wasson réf. 34 B 1). On pourrait allonger cette liste mais il semble qu'il n'y ait pas de limite, pas plus que l'Histoire a une fin (réf. 106 B 3).

Un moyen utilisé par les hommes dans l'Histoire (apanage des occidentaux dès les premières découvertes extra-européennes) pour coloniser, conquérir et surtout déstructurer une culture pour s'installer, fut l'implantation de drogue étrangère par les envahisseurs barbares civilisateurs dans le groupe social en place. L'alcool s'est implanté avec le Christianisme et a même détruit certaines pratiques religieuses, désorganisant ainsi le groupe social, rasant en même temps son histoire et par là, ses structures (le rôle toujours présent de l'alcool en Guyanne chez les Indiens). L'opium a été utilisé pour anesthésier, endormir et surtout rendre les Chinois dépendants d'un certain système économique au grand profit de la France, de l'Angleterre et des Etats-Unis : le résultat est maintenant bien connu et il nous semble en effet utile d'analyser cet aspect drogue = système de colonisation des groupes sociaux, et en particulier celui des adolescents. Nous traitons de ce sujet car nous n'avons trouvé jusqu'à présent que peu de réflexions sur ce thème qui ne mérite pas d'en être écarté (réf. 15 B 1 , 1 B 1 ; 25 bis B 1).

L'autre question qui sera abordée découle de la première et sera : quel est le rôle dans l'économie sociale, du toxicomane ? Nous essaierons d'y analyser un des rôles qui nous semble prépondérant de nos jours : le toxicomane comme bouc émissaire dans le groupe social qui le désignerait comme l'objet rituel du sacrifice (réf. 95 B 1 ; 11 B 1 ; 96 B 1 ; 1 B 1 ; 102 B 3 ; 117 B 3).

Tels sont les principaux thèmes que nous nous sommes proposés d'aborder et d'analyser dans ce travail.

P R E M I E R E P A R T I E

CHAPITRE I : Constitution d'une équipe de prise en charge de jeunes toxicomanes

- A - Naissance du projet d'Association
- B - Les trois phases : hospitalière ; hospitalière + accueil
et accueil extra-hospitalier
- C - Le cadre de la loi du 31.12.1970
- D - Les péripéties de la mise en place d'une équipe ;
Notre situation
- E - Les grandes lignes de la pratique

CHAPITRE II : Les activités

- A - Bilan des années 1972 - 1973 - 1974 - 1975 - 1976 - 1977
- B - La Pratique ; Organisation des actes commis

C H A P I T R E I

CONSTITUTION D'UNE EQUIPE DE PRISE EN CHARGE DE JEUNES TOXICOMANES

A - Naissance du projet d'Association

Extrait de la loi du 31.12.1970 - Titre 6 ; lutte contre la toxicomanie
Article L. 355.14 : "Toute personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire" (réf. 48 B 3).

Nous avons choisi cet article de la loi relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et l'usage illicite des substances vénéneuses tout simplement parce qu'il est le principal moteur de la création de l'Association A 3 d'aide aux adolescents (en difficultés) qui n'est donc qu'une des multiples formes réalisées des décrets d'application de cette mesure qui, sur le plan législatif, était nouvelle (les légistes disent révolutionnaire) . En effet, pour la première fois dans l'histoire du droit, à la suite des lois de 1920 (sur l'avortement clandestin) et des lois de 1953 (sur l'alcoolisme dangereux), le corps médical devenait presque complètement oeuvre de l'acte judiciaire. Il en coûte au médecin d'être dépossédé de sa prescription (article L. 355.15) et d'être ainsi l'obligé d'un acte médical qu'il doit assumer sans automatiquement que

celui-ci soit justifié dans son propre exercice (en particulier pour ceux qui usent du haschich).

En effet, un peu partout en France, se sont constituées des équipes chargées d'appliquer les mesures de lutte contre la toxicomanie ; on peut même dire que les réalisations se sont faites "tout azimuth" puisque les circulaires d'application permettaient la création d'institutions très marginales : l'histoire des communautés en tout genre, des centres d'accueil et autres exercices nous le montrent.

Il n'est donc pas étonnant qu'à Lyon se soient créées des équipes de prise en charge, de recherche, de réflexion sur ce phénomène pourtant relativement marginal, même encore à l'heure actuelle*. Cela pour deux raisons essentielles : l'existence d'une population à traiter, volontaire ou non, et de la possibilité d'obtenir ainsi des crédits pour des créations de nouveaux postes, tant médicaux qu'éducatifs, paramédicaux (entre autre psychologue) que sociaux, et ce, tant dans le domaine d'une pratique immédiate que dans celui de la recherche et de la réflexion.

Il est bien évident que malgré les apparences (et en particulier les conflits de personnes) plusieurs groupes, tendances se sont constitués. Le premier conflit qui apparut immédiatement après le vote de la loi fut de savoir qui, dans le corps médical (désigné dans son ensemble) était le plus compétent dans la prise en charge de cette lutte : toxicologues ou psychiatres ?

Les psychiatres, qui avaient déjà les secteurs (depuis 1960) et les alcooliques dangereux (loi de 1954) ont d'emblée entamé

* Il existe actuellement sur Lyon trois organismes officiels qui ont touché des subventions gouvernementales dans le cadre de cette lutte, et il a bien fallu cinq ans pour y parvenir. Cinq années de tâches parfois ingrates, coincés entre une population qui défie toutes les prises en charge classiques et une administration bien lente, voire même réticente si ce n'est pas franchement opposée à en absorber les demandes. Sans parler des difficultés de coordination entre les pouvoirs institutionnels de la police, de la justice et de la médecine dans ce domaine précis de la toxicomanie.

la lutte, accompagnés immédiatement par les toxicologues* par l'intermédiaire des centres Anti-poisons (circulaire ministérielle du 20.7.76 : extraits "Activités d'un centre Anti-poison" : III d) Autres activités : le C. A. P. est également appelé à intervenir sur de multiples problèmes relatifs à : ... dont : la toxicomanie...).

Il semble donc évident que la prise en charge médicale soit mixte. Le terrain d'observation constitué par le service d'urgence médicale où une collaboration (psychiatres + toxicologues) existait déjà pour la suicidologie et la criminologie ("Les toxicomanes dans la région lyonnaise" J. Vedrinne et V. Vincent réf. 69 B 3) (le pavillon P puis le pavillon N de l' H. E. H.) et qui était déjà avant 1970 ouverte au traitement mixte de la toxicomanie, était certainement le lieu thérapeutique le plus adéquat. Le pavillon N est le centre régional de cure de désintoxication agréé par la D.A.S.S. (n'en déplaise à l'asile psychiatrique où classiquement se retrouvaient les toxicomanes traités volontairement ou d'office).

Ceci tient également aux faits de la place de l'Institution du pavillon N dans les problèmes de la Cité, comme vase récepteur unique en son genre des problèmes de l'angoisse quotidienne face aux malheurs de la maladie et des troubles du comportement social. Le service hospitalier d'urgence fut donc le premier investi afin d'y rencontrer tous ceux qui y étaient étiquetés, à tort ou à raison, toxicomanes et relevant de la loi du 31.12.1970 puisqu'ils y étaient conduits de gré ou de force ou en état d'urgence (cas social - manque de drogues - "Flips" divers - maladies intercurrentes - hépatites - tentatives de suicides - intoxications accidentelles - septicémies - etc**).

C'est dans ce cadre que va se dérouler la première étape de ce travail où nous avons essayé de comprendre pourquoi des adolescents devenaient "toxicomanes".

* Ceci a été général dans toute la France et a été en fait extrêmement fructueux dans l'ensemble (cf réf. 74 B 1).

** Nous reviendrons plus loin sur les motifs de l'hospitalisation ou d'une demande de prise en charge.

B - Les trois phases : hospitalière ; hospitalière + accueil
et accueil extra-hospitalier

Les premières rencontres se sont faites par l'intermédiaire de l'hospitalisation pour ce problème spécifique et d'une enquête de l'I.N.S.E.R.M. sur le thème "La drogue et l'adolescent" (réf. 106 bis B 1).

La situation particulière, très proche de cette population, que nous avions alors par l'âge et la vie quotidienne, nous a permis d'établir un certain discours médiateur entre la "zone toxico" et "le corps médical". C'est autant à la demande des instances médicales que de celles des jeunes rencontrés que s'est élaborée une certaine prise en charge. Celle-ci nous a posé d'emblée un certain nombre de questions : tout d'abord, pourquoi l'hôpital ? Puis, pourquoi une prise en charge médicale puisque la clientèle ne demandait rien de tel ?

Nous avons donc tout à découvrir. Le contact était facile mais ensuite il fallait pouvoir en parler pour évaluer la demande réelle du garçon ou de la fille, et essayer de l'orienter vers le canal le plus adéquat. La dynamique du pavillon N nous a permis souvent, au coin des couloirs, dans les réunions, spontanées ou institutionnelles, d'éviter un phénomène de psychiatrisation ou de médicalisation (parfois bien disproportionnée) ce qui, maintenant et après six ans de recul, nous paraît être une attitude thérapeutique tout à fait valable*.

D'emblée, la prise en charge s'est développée hors des murs de l'hôpital sur un mode éducatif - relationnel - fusionnel diront certains. Un sorte de co-éducation et une information libre : combien nous nous sentions proche alors des analyses de G. Mendel (réf. 66 B 1). Et cela payait, non pas pour notre bourse, puisque nous avons attendu deux ans avant d'obtenir un salaire, mais les résistances à une prise en charge réelle s'estompaient. Le médecin avait des moyens, alors pourquoi ne pas s'en servir, et ce, en deçà de la classique demande de drogues substitutives ou de protection contre la répression.

* Nous essaierons de démontrer plus loin pourquoi.

Pendant ce temps, les rendez-vous après le séjour à l'hôpital devenaient plus fréquents et même certains revenaient nous consulter dans les locaux du sous-sol du pavillon N. Ce qui n'a pas toujours été sans difficultés : en effet, la cohabitation dans un même lieu de consultants de médecine générale, de toxicologie, de psychiatrie, de médecine légale et de toxicos (ces sâles hippies, ces chevelus, mal peignés, mal fringués, etc.), n'était pas toujours facile. Il nous a fallu beaucoup de patience pour qu'ils ne soient pas systématiquement refoulés comme des gêneurs.

L'équipe s'est alors élargie de psycho-éducateurs et d'une assistante sociale, toujours dans le cadre mixte toxicologues et psychiatres. Nous assurions également une partie des injonctions de cure de désintoxication émanant de la justice. Mais le travail extérieur se faisait mal et il nous fallait trouver une solution. Une première ébauche s'est effectuée au Manoir pendant deux mois, où un accueil d'urgence avec hébergement s'est avéré difficile tant sur le plan administratif que sur les moyens à mettre en oeuvre. Mais nous envisagions sérieusement l'ouverture d'un centre d'accueil, ce qui fut fait le 1.7.1974 dans des locaux provisoires puisqu'ils étaient prévus 41, montée du Chemin Neuf, mais les crédits nécessaires n'étaient toujours pas débloqués. Nous avons entre-temps perdu l'assistante sociale qui était le point de jonction entre les équipes psycho-éducatives sous la responsabilité des psychiatres et les autres sous la responsabilité du Dr Vincent, toxicologue et directrice du C.A.P.

La séparation des équipes sera de fait lors de l'inauguration du centre d'accueil montée du Chemin Neuf le 18.5.1976. Nous avons continué cependant à assurer une consultation au sous-sol du pavillon N jusqu'au 31.12.1976, ce qui nous permettait de faire une jonction efficace entre l'hospitalisation et la prise en charge ambulatoire. Nous regrettons beaucoup personnellement que celle-ci n'ait pu se poursuivre depuis notre départ.

Nous avons donc seulement, depuis, des fonctions extra-hospitalières d'accueil et de consultations pour adolescents en difficultés (en particulier avec les drogues).

C - Le cadre de la loi du 31.12.1970

Toutes ces activités se sont déroulées dans le cadre des décrets d'application de la loi du 31.12.1970 avec, en particulier, la gratuité totale des soins de cure et de post-cure. Nous en profitons pour aborder ici ce thème si cher à tout acte médical et surtout psy-quelque chose : celui de l'acte thérapeutique gratuit. Que penser de cette absence d'échange ? Il s'est avéré qu'une seule chose pouvait s'échanger et cela se passait du côté des affects. "Le seul remède à la toxicomanie que je connaisse est l'Amour - inséparable du Réel" G. DEVEREUX réf. 15 B 3).

Bien entendu, on n'échappe pas aussi facilement à ce médiateur, d'autant que les toxicomanes ne vous enrichiront pas. La société est là pour nous aider dans ce marché, puisque c'est elle qui nous paye. Bien entendu, nous retombons dans le piège société = D.A.S.S. = administration = image d'une mère omnipotente et dévorante qui renvoie à la dépendance et l'ambivalence.

Certains toxicos connaissent d'ailleurs très bien ce système et savent en profiter : (cas d'un garçon qui, depuis plusieurs années se faisait passer pour toxico et qui ainsi, de centre de post-cure en hôpital vivait totalement de prise en charge. Il connaissait les mesures sociales mieux que beaucoup de spécialistes). Cependant, d'autres trouvent des "ruses" pour finalement "payer", sous forme d'objet donné = cadeaux divers ou services rendus.

Mais il faut faire attention également au penchant inverse qui se pratique quelques fois : le thérapeute "paye" le consultant sous forme de prêts à perte ou de services (ordonnance de médicaments réclamées entre autre).

Il est évident que les instances de la réalité nous obligent quelques fois à agir de la sorte mais cela ne doit en aucun cas être systématique, au risque de n'être qu'une sorte d'ethnographe qui observe sur le terrain et monnaie ses renseignements, se contentant de

donner un statut d'assistés sociaux aux toxicomanes et d'être ainsi tout à fait en dehors d'une démarche thérapeutique.

Néanmoins, la gratuité de la prise en charge nous semble toujours indispensable pour plusieurs raisons : les adolescents à problèmes sont toujours "coincés" entre deux situations, celle de dépendant à la famille (et en particulier pour la Sécurité Sociale) et celle de chômeur ou n'ayant pas droit aux prestations sociales. Le consensus social est pour ces jeunes le responsable de leurs troubles et ils ne retirent que des avantages à la reconnaissance ainsi faite de sa dette envers eux*.

De plus, il est bien évident qu'ils sont suffisamment "handicapés" pour ne pas avoir à rembourser par la suite le coût de leurs soins et qu'il n'y a donc pas de "crédit". Il apparaît donc que seul le client puisse fixer le montant du prix des actes commis, d'autant que notre science médicale est encore balbutiante en ce domaine - et - le toxico le sait mieux que personne. Devant son impuissance vis à vis de la mort possible du toxico (over-dose accidentelle surtout) le médecin se sent vaincu d'avance et à tendance à ne pas vouloir faire payer ce qu'il n'a pu vaincre. Et ceci établit un nouveau rapport médecin-malade. Le médecin est le plus souvent totalement impuissant, sauf en payant de lui-même devant son désir de ne pas voir le toxico mourir. Combien de fois nous nous sommes dit et nous avons entendu dire que si nous avions été là, à ses côtés, cela ne serait pas arrivé, c'est un échec, un constat d'impuissance. Mais le toxico n'envisage d'ailleurs pas de paiement en argent de l'acte tant il se situe en dehors du contrat classique médecin-malade : il suffit d'écouter leur témoignage pour savoir le peu de "crédits" qu'ils portent aux psychiatres et surtout aux psychothérapeutes.

Pourtant cette notion d'échange nous paraît être fondamentale et il reste à trouver un moyen. Il est inutile de transgresser la loi qui nous oblige à respecter l'acte gratuit, principe de réalité,

* "Médecin et patient... rétablissent leur narcissisme par rapport au tiers groupal, le médecin jouant là le rôle du vecteur d'énergie, de catalyseur de réaction et d'indicateur symbolique" (réf. 119 B 3).

ensuite il nous faut définir un contrat où il sera nécessaire de rappeler par qui et comment l'acte sera payé, système du tiers-payant.

Dans ce contrat se lient le thérapeute, le client et la société (les deniers publics). L'échange se fera dans les deux sens : le toxico par son histoire, son vécu, son être, apporte au thérapeute une information ; celui-ci donnera une certaine assistance au toxico. Il pourra se modifier par la suite et devenir un contrat classique médecin-malade = voir psychothérapeutique où l'argent retrouvera sa place.

L'argent, dans notre pratique, a deux sens bien différents : il y a celui du toxico qui se situe en fait dans un système économique très utopique où tout est gratuit (nous n'avons jamais eu un seul toxico qui ait proposé ou demandé de payer). Par contre, il y a l'argent des parents, et ce sont eux en fait qui, souvent, proposent ou demandent "Combien ? Docteur".

L'argent "c'est l'équivalent du zéro, la mise à zéro" (réf. 119 B 3), le toxico ne peut pas (il n'introjette pas) et ne veut pas (pérénisation de la dépendance) remettre à zéro. Cela lui permet de revenir. Par contre, l'absence de paiement pose deux types de problèmes : tout d'abord, en dehors des problématiques de temps et d'espace (que nous verrons plus loin), celui de l'inconsistance des horaires, de la venue à toute heure, puisqu'il n'y a pas de perte possible ; ensuite, la perte pure et simple du client, qui ne peut pas se passer de l'écran-défense que lui confère l'échange, ou son équivalent, l'absence du thérapeute qui ne peut "investir" suffisamment son client.

C'est probablement, sans bien en avoir discuté ni analysé le contenu, pour toutes ces raisons, que nous avons décidé de ne fonctionner qu'avec des deniers publics et sans l'aide de personnes bénévoles.

Nous avons cependant une caisse de dépannage urgent (dont les montants annuels sont fixés par convention) qui sert essen-

tiellement à payer des repas, un voyage en train dans un centre de post-cure ou quelques fois des médicaments et des analyses de laboratoires (absence quasi-systématique de sécurité sociale).

Nous avons également depuis peu acquis un appartement réservé à ceux qui, en cours de prise en charge et pour un séjour bref, sont littéralement piégés par le système "pas de travail-pas de logement et inversement".

D - Les péripéties de la mise en place d'une équipe :
Notre situation :

Ceci nous ramène à l'histoire de l'équipe et ses péripéties. Nous avons eu souvent le désir de glisser la clef sous la porte et d'échapper aux difficultés sans nom qu'il fallait surmonter. Il nous a paru très vite en effet que c'était la clientèle qui, par rebond, 'profitait' des querelles de chapelles en étant les objets du litige, exclus du discours sur eux-mêmes, d'autant que cela devenait très rapidement prétexte à manipulations complexes ; et ce jeu là, d'ailleurs, n'est pas près de disparaître. Reflet de notre angoisse ? Recherche du prestige personnel ? Ou bien image de notre impuissance ?

Bien d'autres difficultés s'y imbriquaient encore, surtout les tracasseries administratives pour obtenir les agréments nécessaires et les subventions de fonctionnement. Il ne faut pas oublier que, dans notre région, des déclarations officielles proclamaient que, s'il y avait des toxicomanes à Lyon, le Rhône était là pour les recevoir. Sans compter le problème personnel posé par notre statut d'étudiant qui nous obligeait à être cautionné pour chaque acte médical.

Tout ceci ne s'est d'ailleurs guère amélioré avec les années puisqu'encore récemment il nous a fallu plus d'une semaine pour trouver un lit d'hospitalisation à un garçon afin d'entamer un sevrage de plus en plus urgent pour sa santé.

Les responsables des services consultés, évoquant toujours ce fameux échec avec le toxico, sous des faux-fuyant variés, qui deviennent au fil des années particulièrement lassants et décevants. Quand pourrions-nous avoir quelques lits quelque part lorsque cela s'avère nécessaire. Nous ne voulons toutefois pas d'un nouveau Marmottan où l'on serait irrémédiablement identifié et étiqueté "toxico", comme l'on est décrété "fou" quand on pénètre dans l'enceinte de l'asile ou dans les mains d'équipes de certains secteurs.

Enfin, après quatre ans de patience, notre existence devenait réelle et officielle. Il nous a fallu alors revoir la dynamique du groupe au sein duquel nous fonctionnons. Nous ne reparlerons plus des difficultés administratives sans avoir dit que les administrateurs doivent éprouver un malin plaisir à retarder pour des pécadilles le paiement des remboursements trimestriels que nous avons obtenus par convention. Le toxico semble bien jouer ce rôle d'"emmerdeur public", bouc émissaire sur lequel on peut projeter tout ce que l'on veut et en particulier ses propres problèmes de vie quotidienne. Bref, l'équipe qui se composait au moment de l'ouverture de un médecin, deux étudiants en médecine, une éducatrice, un éducateur en formation et une administrative s'est étoffée depuis d'un juriste et d'un médecin et d'une personne de service : le problème qui se posait était de tenir une permanence d'accueil et d'avoir une réunion hebdomadaire de synthèse qui s'est complétée par la suite d'un groupe de contrôle (type Balint) tous les quinze jours.

Aucun d'entre nous n'est psychothérapeute patenté, en effet, la psychothérapie ne peut être envisagée valablement qu'en un second temps. Il est en effet nécessaire auparavant que le toxico puisse se faire une identité sociale qui lui permettra d'élaborer son discours et surtout d'avoir la stabilité nécessaire. Il ne faut pas oublier que les problèmes d'espace et de temps rendent totalement impossible un processus aussi régulier et ponctuel et surtout la disposition d'un capital monnaie nécessaire.

E - Les grandes lignes de la pratique :

Les principes soustendant l'organisation sont (réf. 119 B 1 : l'équipe multidisciplinaire dans le traitement des toxicomanes) :

- l'égalité des rôles et des décisions,
- la polydisciplinarité des écoutes et des réponses,
- la non prévalence médicale ou psychiatrique,
- une prise en charge de type relationnel* qui nécessite une certaine empathie, une bonne connaissance de soi, une attitude tolérante, une bonne capacité d'écoute, l'authenticité et l'acceptation d'une remise en question,
- l'organisation d'activités au centre (informations diverses, activités de groupe, etc.).

La réunion étant le lieu où le discours de chacun s'enrichit des éléments des autres dans leur rôle respectif;

Le groupe de contrôle étant le lieu où l'on parle des difficultés professionnelles au cours d'une prise en charge choisie ;

L'individu, membre du groupe, devra choisir lui-même les moyens techniques qui lui seront nécessaires dans sa pratique.

Nous avons fonctionné dans cette équipe tout d'abord comme étudiant en médecine, ayant des connaissances en toxicologie, comme stagiaire interné (fin d'études médicales) puis en tant que psychiatre en formation (il nous a semblé indispensable en effet d'acquérir cette spécialisation afin d'apporter une aide meilleure à ces jeunes adolescents).

* Dans le rapport de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non-médicales (OTTAWA - CANADA) la démarche relationnelle est reconnue comme donnant les meilleurs résultats face aux démarches : exploration-interprétation (dont psychothérapie-psychanalyse) ; comportementale ; consultations conseils ; utilisation contrôlée ; substitution ; blocage des effets ; sevrage ; internements psychiatriques.

C H A P I T R E I I

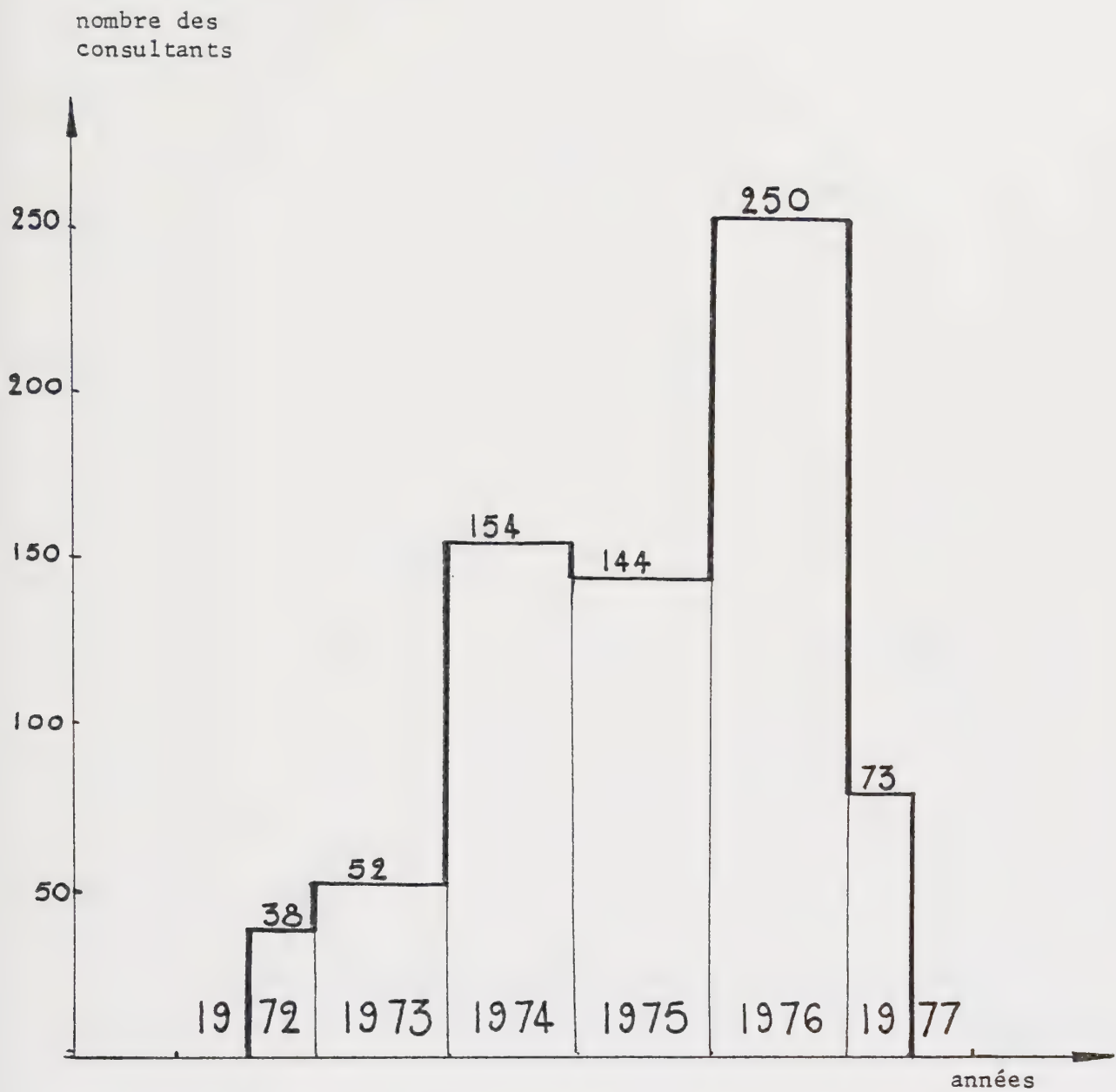
LES A C T I V I T E S

A - Bilan des années 1972 - 73 - 74 - 75 - 76 - 1977

Nous ne nous étendrons pas sur les bilans statistiques des différentes années de notre pratique pour plusieurs raisons. Tout d'abord, nous n'avons pas occupé une place et un rôle toujours identiques selon les années et d'autre part, nous n'avons pas accordé les mêmes temps à la clientèle. De plus, nous avons déjà signalé les trois lieux (et même quatre) de notre exercice. Tout cela, bien entendu, ne nous permettra pas une interprétation très valable des chiffres.

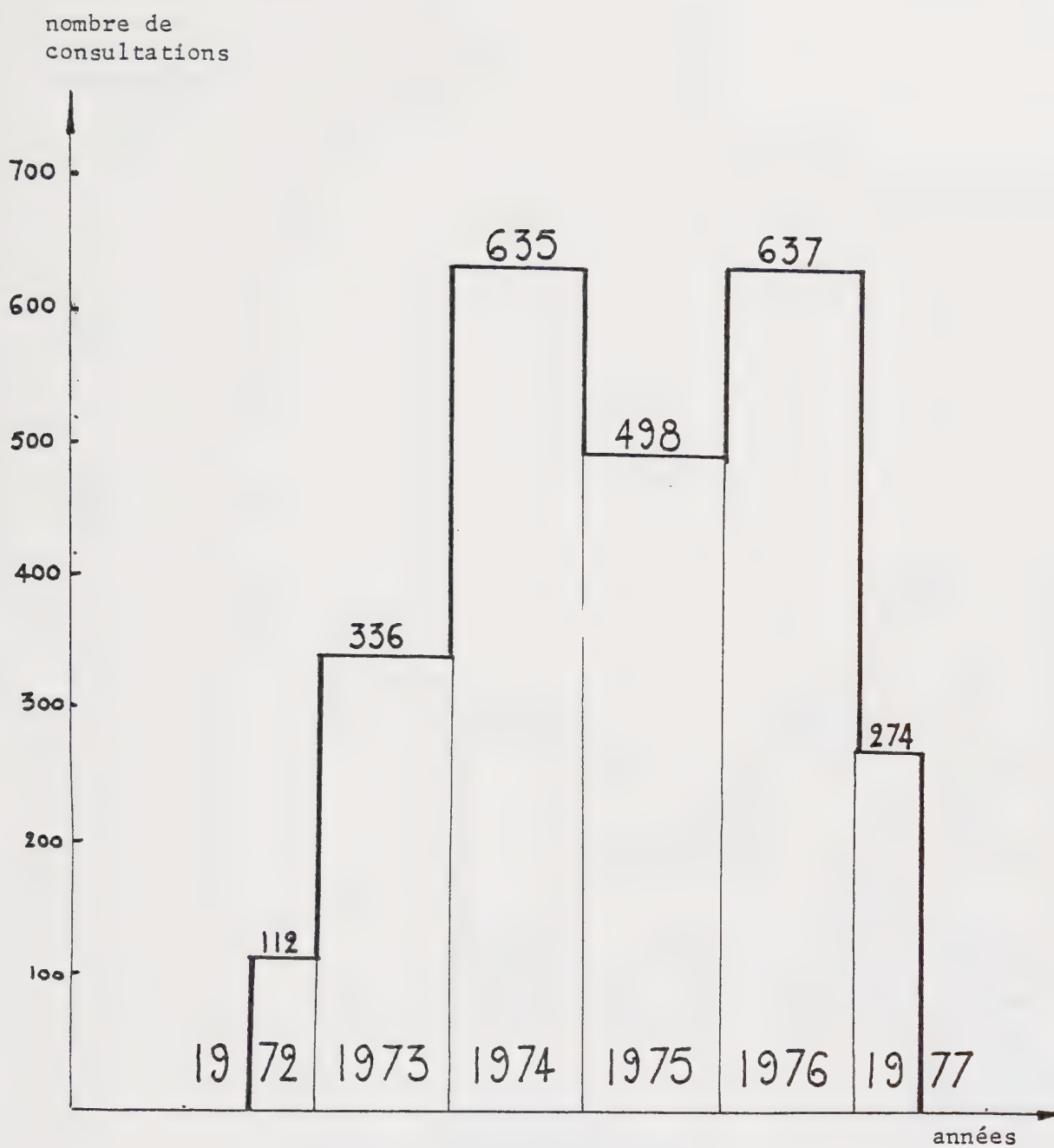
Par ailleurs, il est difficile, voir impossible, de tenir des dossiers, afin de garantir l'anonymat et surtout devant les refus de la clientèle de se retrouver en fiches et d'y perdre ainsi leur confiance. Cependant, nous avons constaté une nette progression de 1973 à 1976 du nombre des consultants (graphique 1). Cela peut être interprété de plusieurs façons :

Tout d'abord, une connaissance de la consultation comme un lieu privilégié (en dehors des circuits officiels) qui s'est développée par le système du "téléphone arabe" : c'est très souvent le copain d'un copain qui nous a rencontré et qui nous a conseillé.



CONSULTANTS

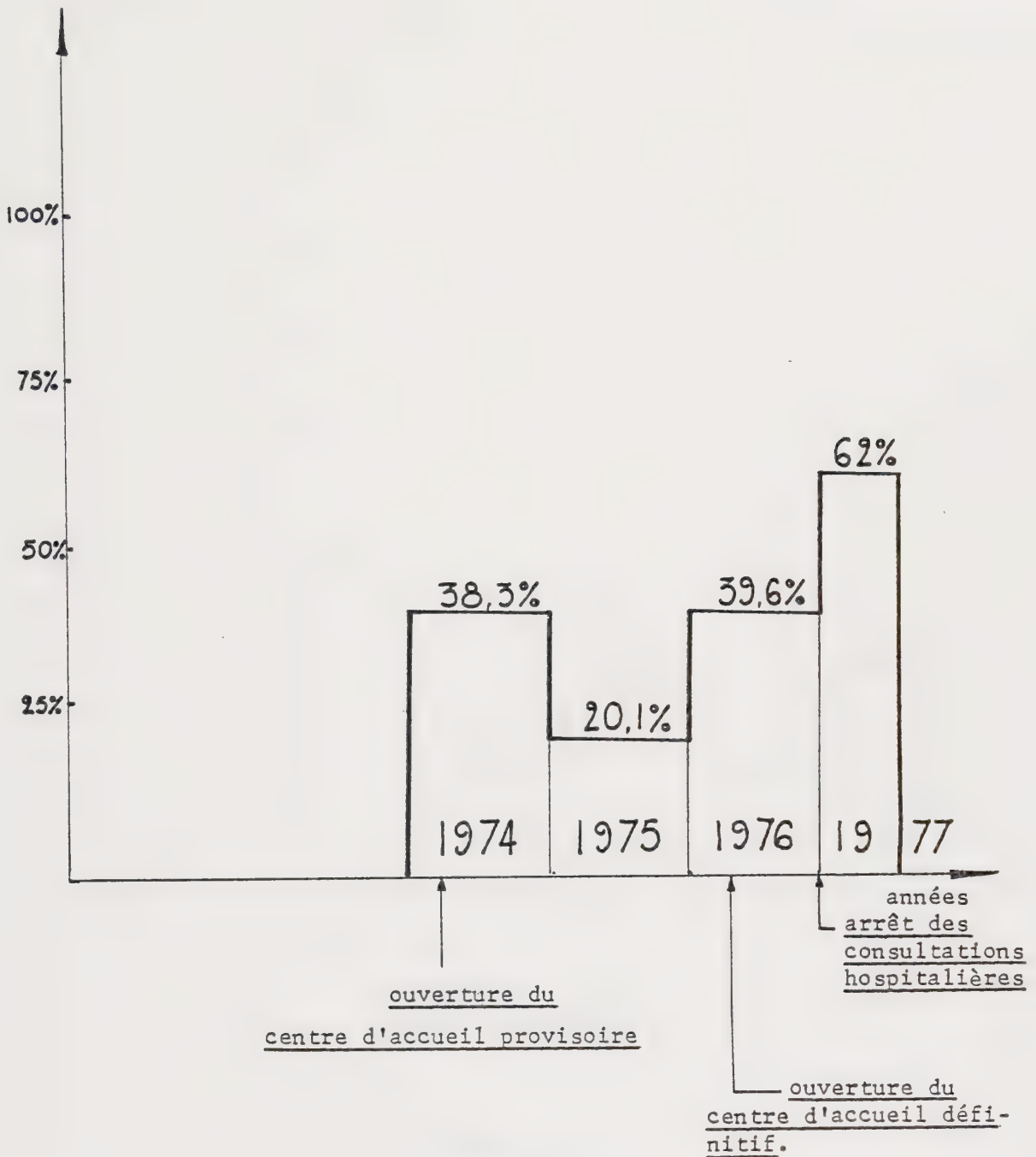
GRAPHIQUE N° 1



CONSULTATIONS INDIVIDUELLES

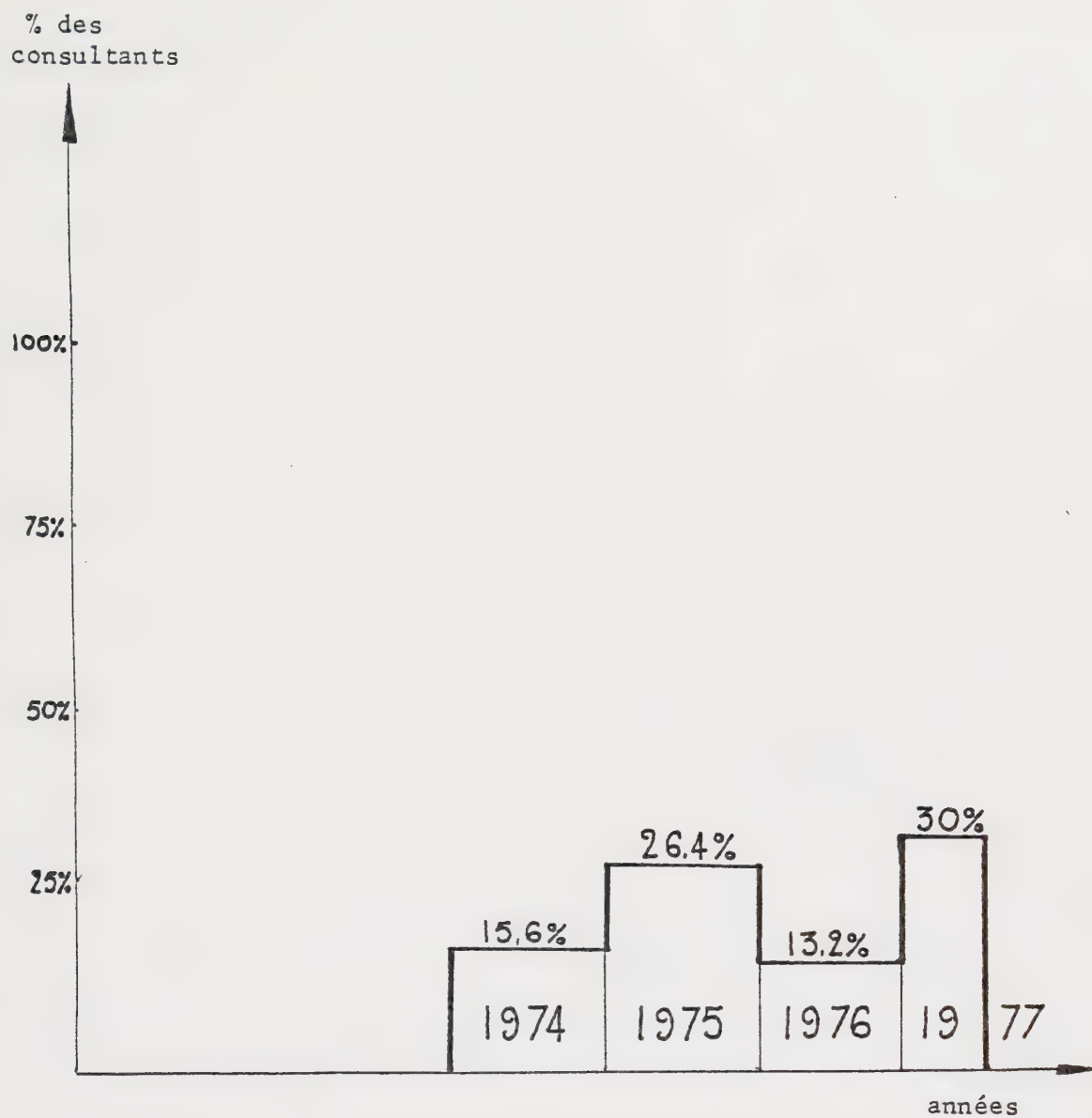
GRAPHIQUE N° 2

% des
consultants



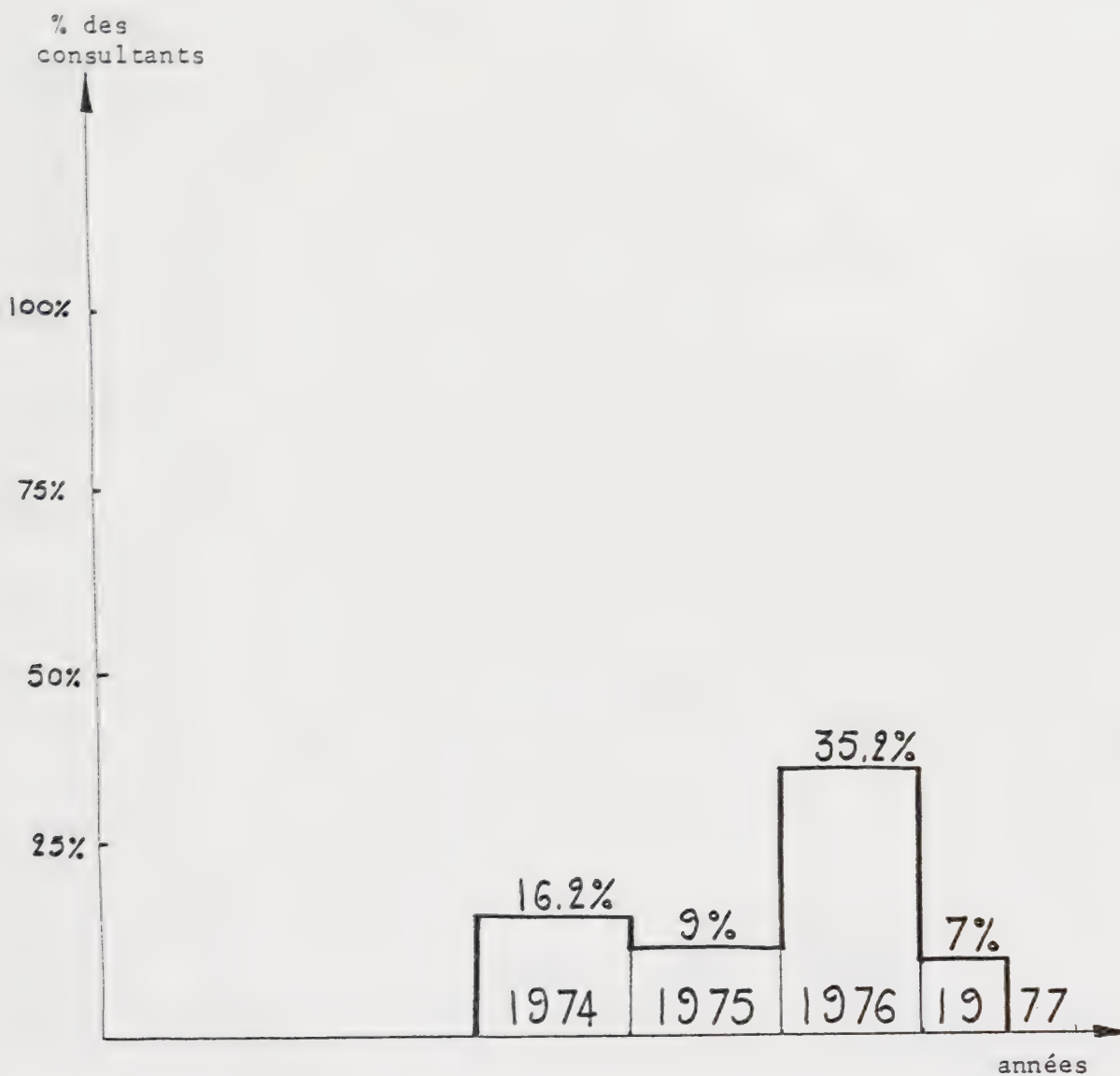
VENUES SPONTANÉES

GRAPHIQUE N° 3



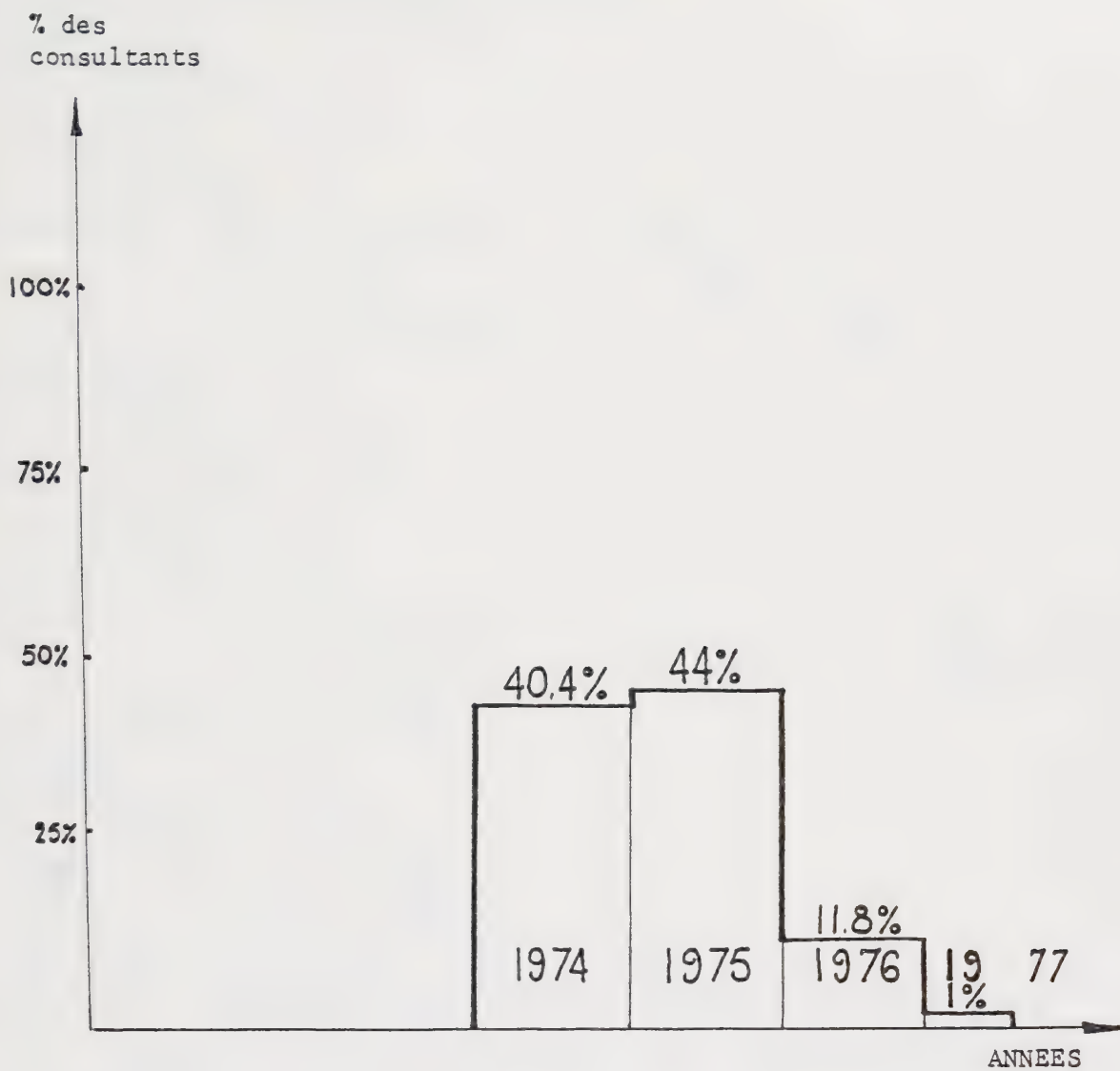
ANCIENS CONSULTANTS

GRAPHIQUE N° 4



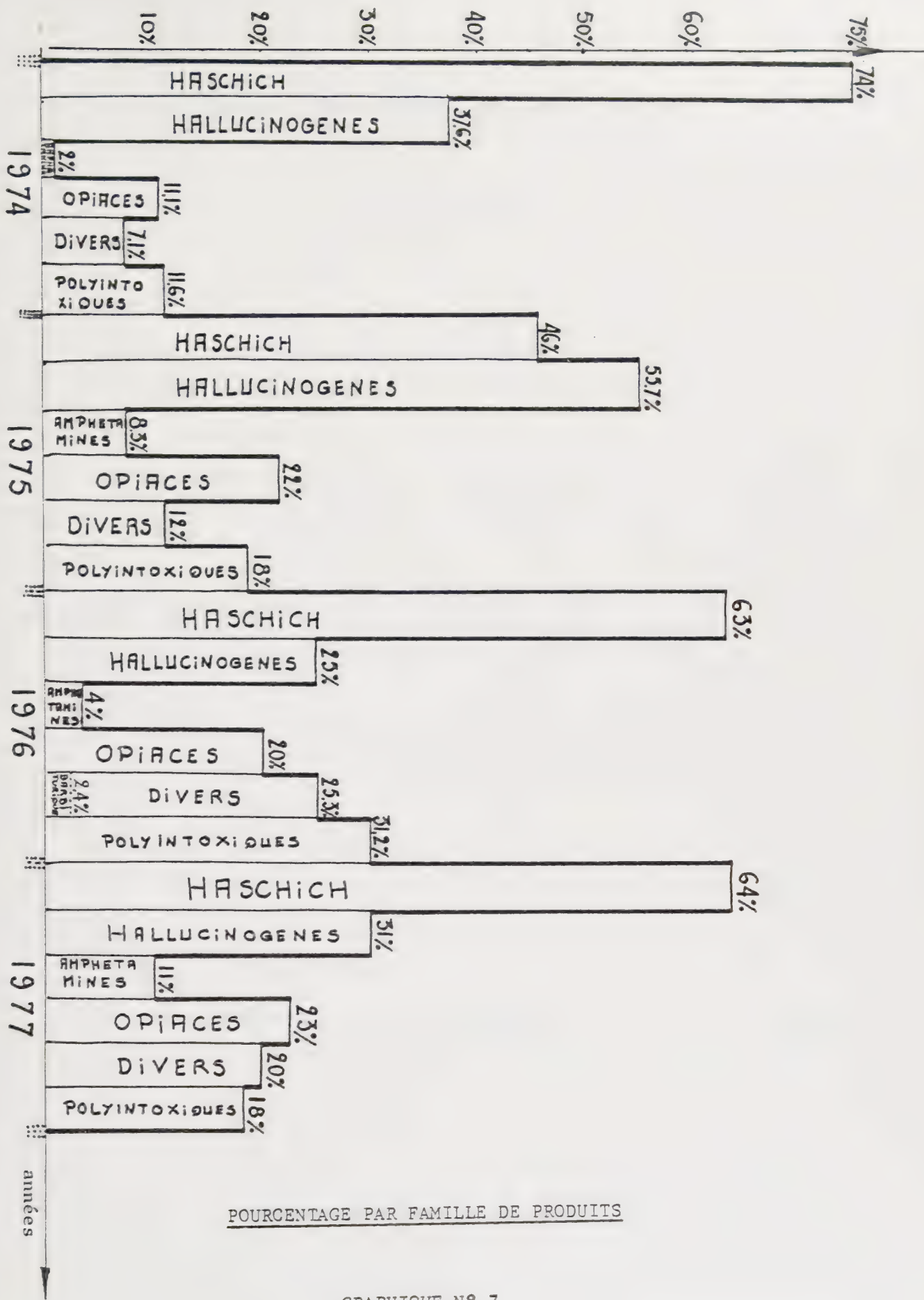
ORIGINE : MEDIATISEE (parents ; hôpital ; médecins ;
foyers ; assistantes sociales ;
services d'accueil ; divers ;)

GRAPHIQUE N° 5



ORIGINE : JUSTICE - POLICE

GRAPHIQUE N° 6



GRAPHIQUE N° 7

R E P A R T I T I O N S E L O N L E S E X E

DE 1973 A 1977

1973	9 filles	17,3 %
.....	43 garçons	82,7 %
1974	43 filles	27,7 %
.....	111 garçons	72,3 %
1975	30 filles	20,8 %
.....	114 garçons	79,2 %
1976	52 filles	20,8 %
.....	198 garçons	79,2 %
1977	24 filles	32,8 %
.....	49 garçons	67,2 %
TOTAL	158 filles	23,4 %
.....	515 garçons	76,6 %

Ensuite par une augmentation réelle du nombre des jeunes s'adonnant à l'usage des stupéfiants et autres drogues. Et enfin, nous le verrons, par une aggravation progressive des problèmes liés à cet usage.

La diminution très nette des consultants venant par le canal de la justice peut s'expliquer par le fait que, souvent, nous connaissons déjà l'interpelé pour usage (et) ou trafic et la diminution relative des injonctions pour les utilisateurs de haschich et de L.S.D. et aussi par "l'évanouissement" des toxicomanes arrêtés (graphiques 3 à 6) par la police.

Sur le graphique 7 (étude faite sur trois ans $\frac{1}{2}$: 1974, 1975, 1976 et 1977) nous constatons une très nette prévalence de l'usage des drogues dites douces avec une baisse importante de l'usage du L.S.D. En effet, un grand nombre de jeunes usent essentiellement de haschich et ont expérimenté quelques fois le L.S.D. (ou ce qui devrait en être). Nous rappelons également un pourcentage très proche de 100 % pour le tabagisme (nous n'avons rencontré qu'un seul garçon qui ne fumait pas de tabac).

Par contre, nous constatons un pourcentage en nette augmentation de "drogues dures" qui se traduit très bien dans la pratique par des problèmes de plus en plus difficiles, et, des cas de plus en plus désespérés. La nette tendance à l'augmentation des décès sur le plan national reflète bien ce durcissement. Par contre, nous ne pouvons absolument pas préjuger de l'augmentation réelle dans la cité.

Les autres constantes frappantes de tous ces cas sont :

- la précocité de l'arrêt des études (la drogue touche en fait très peu le milieu étudiant),
- les problématiques familiales,
- le statut extrêmement marginalisé même dans la communauté adolescente,
- la discontinuité et l'instabilité professionnelle

Mais nous n'avons pas beaucoup d'affection pour les chiffres et nous préférons citer ici quelques cas qui nous ont paru exemplaires :

CAS N° 1

X, 32 ans, venu spontanément.

Il utilise toutes les drogues connues depuis l'âge de 17 ans. Il a fait plusieurs cures un peu partout en France. Vient nous voir après avoir été "mis à la porte" d'un hôpital psychiatrique. Il arrive totalement "défoncé". Nous avons essayé de retracer son histoire : en 1964, il entre dans une institution spécialisée pour troubles caractériels ; en 1966 aurait obtenu un diplôme de kinésithérapeute. Renvoyé d'une place sous prétexte qu'il se "shootait" déjà.

Puis c'est l'escalade, il prend tout ce qui lui tombe sous la main : L.S.D., amphétamines, cocaïne, mescaline, haschich, héroïne, etc. ; il s'est maintenant "converti" aux médicaments (captagon^R, Nembutal^R et à l'alcool).

A suivi une cure de désintoxication à Edouard Toulouse à Marseille sans succès. Il pense qu'il est "accroché", accuse un manque à venir depuis deux jours qui ne vient pas, demande du Tranxene^R pour y pallier. Boit beaucoup d'alcool (surtout du rhum).

Raconte qu'il a eu des "flips" très pénibles quelques fois, avec de très fortes angoisses. Il dit "avoir défoncé des murs à coups de marteau et de burin",

"avoir eu de méchantes paranos et avoir vu des flics partout".

Il a tout vendu, sa voiture entre autre. Il a même échangé ses papiers d'identité contre de la "came". Il était récemment dans un centre communautaire mais avait dépassé la limite du séjour (6 mois). Il a une "fiancée" qui lui est interdite par sa famille et qui l'a emmené à Lyon pour se faire désintoxiquer. Il est hospitalisé en urgence puis passe 15 jours en service de semi-urgence mais rompt le contrat de soins. Il prend du L.S.D. alors qu'il est en perfusion. Exclue, il se met en placement libre dans

un service psychiatrique. Il y reste dix jours puis est ramené en service d'urgence sous bonne escorte. Son discours :

"Je désire une désinto, c'est un voeu, je suis en manque, je sens que le manque va venir et que je ferai n'importe quoi, je manque de speed, d'acide, de poudre. Monsieur A... (le médecin psychiatre qui l'a soigné) est un monsieur très ambivalent. Je suis sceptique quant à mon hospitalisation, je pense que le laps de temps est suffisant". Il rajoute que sa toxicomanie est un suicide chronique.

Intelligent, manipulateur, il réussit toujours à se faire exclure sans rompre définitivement une possibilité de retour.

CAS N° 2

X, 20 ans, vient pour décision médicale sur demande de la justice*.

Marié depuis six mois. Peu de contact avec le père, bon contact avec la mère, fils unique.

Arrête ses études en 3ème, puis fait un apprentissage de chaudronnerie sans obtenir le C.A.P., il travaille. Son épouse est étudiante.

Fait usage de haschich occasionnellement depuis un an environ.

CAS N° 3

X, 18 ans. Justice. A été déjà interpellé trois fois pour usage de haschich.

Habite chez ses parents. A de bonnes relations avec ses parents qui sont en cours de divorce.

A arrêté ses études en terminale, il y a deux mois environ : il voulait "partir" et doit aller voir une place dans une ferme nourri-logé. Désire passer son bac.

* Nous utiliserons pour abrégier le terme de Justice lorsque celle-ci nous demande un avis médical. Nous préciserons lorsqu'il s'agit d'une injonction de traitement.

CAS N° 4

X, 24 ans. Justice. Usage de haschich, suspicion de trafic.

Vit chez ses parents, s'entend bien avec sa mère, divorcée depuis quinze ans, remariée. N'a jamais revu son père, a une soeur du même père mais plus jeune. A son certificat d'étude, a fait un collège technique et a un C.A.P. de décolleteur. Vient de perdre son travail.

CAS N° 5

X, 22 ans. Justice. Usage de haschich.

Habite chez la femme de son frère, père décédé alors qu'il avait cinq ans (d'un accident). S'entend bien avec sa mère. A un frère qui a utilisé des drogues et a déjà été interpellé et une soeur qui va bien.

A son C.E.P., a commencé mais pas terminé un apprentissage de plombier. Depuis a fait plusieurs places assez régulièrement.

CAS N° 6

X, 21 ans. Expertise avis médical. Usage de haschich.

Habite chez un copain. Ne voit ses parents que de temps en temps, ils ne s'entendent pas. A un frère et une soeur plus âgés que lui et sans problèmes. A eu son B.E.P.C., actuellement en terminale mais sans assiduité. N'a pas de travail.

CAS N° 7

X, 20 ans. Justice. Usage de haschich.

Vit chez un copain de chez qui il doit partir. N'a pas de travail.

Une mauvaise entente avec sa famille qu'il a quittée depuis cinq mois. Il la trouve trop autoritaire, trop rigoureuse. Le

père est fonctionnaire à la S.N.C.F. et la mère sans profession. A une soeur et un frère mariés avec deux enfants chacun. Très bonne entente avec le frère.

Antécédents d'asthme depuis l'âge de 2 ans, qui a complètement disparu depuis qu'il fume du haschich. A pris trois ou quatre fois du L.S.D. sans problèmes particuliers.

A arrêté ses études en 3ème, puis a préparé un C.A.P. d'agent administratif sans avoir le B.E.P. A travaillé deux mois en bureaux et depuis cinq mois sans travail.

CAS N° 8

X, 22 ans. Justice. Usage de haschich et possession d'un "shilom".

Habite dans un appartement à lui. Ne voyait plus ses parents divorcés depuis 14 ans. Sa mère est morte il y a quatre ans. A trois soeurs et un frère plus âgés avec lesquels il n'est pas du tout d'accord.

A eu son C.E.P. puis a été dans un collège technique avec C.A.P. de menuiserie. Travaille actuellement dans cette branche.

CAS N° 9

X, 17 ans. Justice. Habite chez ses parents. Dit avoir de bons rapports avec sa famille (sa mère est en fait hyperprotectrice et fera ensuite de nombreuses demandes). A eu son B.E.P.C. mais a arrêté ses études en 1ère technique. A fait un mois et demi de F.P.A. de fraiseur et n'a pas travaillé depuis.

Il y a six mois, arrestation pour recel de moto et complicité de vol à la roulotte. Il est actuellement en détention pour trafic et d'autres délits.

CAS N° 10

X, 23 ans. Justice. Usage de haschich et L.S.D. Troisième interpellation.

Sa mère est remariée, peu de contact avec le beau-père (bonjour-bonsoir). N'a jamais vu son père. Fils unique. A arrêté ses études en seconde à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu. Actuellement ne travaille pas.

Il a été interpellé dans un concert de musique pop pour usage et suspicion de trafic. A déjà eu 6 mois de prison dont quatre avec sursis en 1971 pour usage et possession de 10 grammes de haschich ! plus une amende de 700 francs et une surveillance pénale il y a huit mois pour s'être fait prendre à fumer du haschich dans un véhicule en stationnement.

CAS N° 11

X, 21 ans. Justice. Usage de haschich et de L.S.D.

Habite chez ses parents. S'entend plus ou moins bien avec eux. A fait huit jours de prison dont il garde un très mauvais souvenir (initiation au trafic).

A été jusqu'en terminale, a passé son bac. Travaille depuis en société intérimaire. Au moment de la consultation n'a pas de travail.

A été poursuivi et mis en préventive huit jours pour une "L.S.D. Party" qui remontait à un an et demi.

CAS N° 12

X, 19 ans. Justice. Usage de haschich. Arrêté sur dénonciation.

S'entend bien avec ses parents. A deux soeurs et un frère.

Arrêt du lycée en 3ème. Fait des études de comptabilité qu'il interrompt avant de passer le C.A.P. N'a aucun diplôme. Il

travaille depuis huit mois comme auxilliaire aux P et T.

CAS N° 13

X, 19 ans. Justice.

Habite un appartement collectif. Bons contacts avec son père et sa mère qu'il a quittés depuis six mois.

A obtenu son B.E.P.C. puis études de comptabilité, sans B.E.P. Il travaille depuis deux ans comme O.S.

Interpellé pour un usage unique de haschich remontant à plus d'un an et suspicion d'un trafic de 20 Kgs de haschich (non retenu).

CAS N° 14

X, 20 ans. Justice.

A de très bons contacts avec sa famille, il est fils unique. A arrêté ses études en 3ème, a son B.E.P.C. puis passe un C.A.P. de photo-graveur. Actuellement travaille comme laveur de vitres.

Interpellé pour un usage unique de haschich remontant à un an.

CAS N° 15

X, 25 ans. Justice.

N'a aucun problème avec ses parents. A un frère et une soeur, mariés, bien socialisés. Le père a été longtemps en maladie pour le coeur. Secrétaire, elle travaille depuis trois ans.

A été arrêtée en possession de 20 grammes de haschich pour son usage personnel.

CAS N° 16

X, 19 ans. Venu spontanément au centre d'accueil.

Son père et sa mère se sont suicidés alors qu'il avait six ans. Se souvient un peu de sa mère, rien de son père. Elevé ensuite par une soeur jusqu'à l'âge de douze ans. A encore deux frères et une soeur, mais il ne sait pas ce qu'ils sont devenus. A douze ans, commence à travailler dans des fermes en Haute Loire où cela ne se passait pas toujours très bien. Il dit ne pas avoir toujours couché dans un lit. Puis il vient s'installer à Lyon où il travaille aux P et T. Il se met alors à boire régulièrement. Il essaie une fois du haschich mais cela ne lui fait rien. Il n'a pas goûté d'autres drogues.

Actuellement a un bon copain mais ne lui fait pas confiance. Il vit avec une jeune fille depuis un an, mais n'en semble guère satisfait. Il a du mal à s'intégrer dans les groupes. Il se sent très handicapé socialement, à l'impression d'être défavorisé, en bas de l'échelle sociale et économique. Il n'a aucun diplôme, pas de C.A.P., sait à peine lire, à peine écrire, ce qui lui manque beaucoup tout en rajoutant qu'il s'en fout. Refuse toute aide de la société et ne veut pas, en particulier, faire son service militaire.

CAS N° 17

X, 17 ans. Signalée par la justice alors qu'elle se trouvait en détention provisoire pour usage et possession de 16 grammes de haschich (qu'elle avait pris sur elle pour protéger dans un élan affectif, son ami du moment).

Algérienne très marginalisée, nombreuses fugues depuis l'âge de douze ans, sous contrôle judiciaire depuis. Elle a fugué, volé à la tire, et a utilisé un peu toutes les drogues. Elle a fréquenté plusieurs institutions d'où elle a fugué plusieurs fois. A beaucoup voyagé de Lyon à Paris, via Amsterdam. N'a aucun papier d'identité et ses parents lui ont toujours refusé de signer les papiers nécessaires. Le père est un grand buveur avec qui ça va très mal. La mère, par contre, semble beaucoup plus souple.

Après sa sortie de prison, elle disparaît dans la nature puis revient nous voir pour une infection syphilitique primaire, puis de nouveau disparaît. Elle revient quelques mois plus tard, complètement perdue, elle s'est prostituée pendant deux mois sans "protection". Elle revient nous demander de l'aide. Nous réussissons après de nombreuses demandes à lui obtenir une carte d'identité. Elle retourne dans sa famille. Revient quelques mois plus tard pour une interruption de grossesse, elle est toujours dans sa famille. Elle travaille et ne se drogue plus. Depuis nous ne l'avons jamais revue.

CAS N° 18

X, 20 ans.

A l'âge de 5 ans, confié à sa grand-mère par ses parents, ainsi que son frère qui a cinq ans de plus que lui. A huit ans, au retour de sa mère, il apprend que son père est décédé et qu'il a un beau-père qui a onze ans de plus que lui. Celui-ci essaie de jouer le rôle du père mais les deux fils sont plutôt gênants et cela ne marche pas du tout : X le considérant plus comme un frère et prenant donc une place trop importante auprès de sa mère. Puis commencent les fugues.

Interpellé dans le midi par la police, il est gardé à vue jusqu'à l'arrivée du beau-père : c'est la mère qui avait lancé un mandat de recherche. Le beau-père dit aux gendarmes qu'il ne veut pas récupérer X qui n'a qu'à s'engager dans l'armée. Puis il va errer de droite à gauche. A 18 ans, il rencontre sa mère pour se faire émanciper, il prend un passeport et part aux Indes dont il se fait rapatrier en demandant l'argent nécessaire à sa mère. En rentrant, il craint l'insoumission et la justice (recherché pour trafic de stupéfiants). Il acquiert alors une fausse identité et fréquente la "zone toxico" où il se shoote régulièrement. Fait plusieurs tentatives de sevrage à la campagne, sans succès. Il nous est amené par une copine. Puis il revient pour avoir des médicaments et tenter en vain d'autres sevrages, seul. Il refusait alors toute hospitalisation sous quelque forme que ce soit. Il vient une fois accompagné d'un autre toxico, déjà bien connu, qui a reçu une

balle dans la cuisse. En effet, ils s'étaient faits arrêtés en Grèce pour une histoire de stupéfiants et avaient réussi à s'enfuir profitant d'une sortie provisoire de huit jours, sans passeport. En Italie, ils ont eu des démêlés avec la police qui leur a tiré dessus. Ils ont réussi à regagner la France. Ils vivaient de fréquents "aller-retour" à Amsterdam.

Puis il rencontre une jeune fille avec qui s'établit une relation amoureuse des plus bizarres, fusionnelle, elle jouant le rôle d'une mère hyperprotectrice et sadisante.

En Octobre, il demande à être hospitalisé car il se rend compte qu'il n'y arrivera pas tout seul. Il profite de quelques jours d'attente pour monter à Amsterdam, afin d'y récupérer de la méthadone. Au retour, il est arrêté dans le train avec cinq grammes de "Brown Sugar". Hospitalisé sur demande du Juge d'Instruction, il vit un sevrage brutal pendant trois jours mais son amie lui apporte le quatrième jour tout ce qu'il désire (opium et autres opiacés). Puis, après quelques jours en prison, il passe dans un autre hôpital où le médecin lui prescrit du Palfium^R afin qu'il rejoigne le pays de sa fausse identité, après s'être acquitté d'une amende de douane de 25 000 Frs, ramenée à 300 Frs.

Il vient aussitôt nous revoir et réclame du Palfium. Nous refusons catégoriquement et, après huit jours, il revient pour se faire hospitaliser. Il est prêt à accepter un sevrage même brutal. Il nous fallu une bonne semaine pour lui trouver un lit d'hôpital après avoir frappé à toutes les portes. Enfin commence le sevrage qui dure huit jours, en apparence tout se passe bien, trop bien pensent les infirmières. Elles n'avaient pas tort puisque nous apprenons plus tard qu'il buvait de la codéïne tous les jours. Enfin, nous avons déjà gagné l'abandon de la "shooteuse".

Par la suite, il a essayé avec d'autres toxicos de se sevrer en groupe, nouvel échec. Il part avec son amie dans un petit village. Il ne consomme plus que des tranquillisants et de la codéïne sous toutes ses formes. Son amie travaille, lui reste au lit toute la journée. Puis nous établissons un contrat de six mois avec dix codéthyline par jour. Il se met à travailler.

Entre temps, nous avons résolu le problème de sa carte d'identité. Il a d'ailleurs fait la grande majorité des démarches seul. Puis il demande à aller dans un centre de post-cure avec son amie. Envoyés dans le midi, nous ne savons pas exactement ce qui s'y est passé, mais après une bagarre extrêmement violente dans la communauté, suivie de deux tentatives de suicide graves, dont son amie, il se retrouve en placement d'office à l'hôpital psychiatrique où il est encore actuellement. Son amie est hospitalisée en placement volontaire dans le même établissement. Il a été transféré récemment à Lyon et doit rejoindre un centre de post-cure qu'il a trouvé de lui-même.

CAS N° 19

X, 22 ans. Rencontré pour la première fois en 1972 à la suite d'un séjour en prison pour usage de stupéfiants (usage et possession de L.S.D.). Il disparaît alors pour réapparaître en 1974 à la suite d'un séjour en hôpital psychiatrique de un mois et demi où il reçut du Piportil^R (forme retard) qu'il n'a pas du tout supporté.

Il consommait assez régulièrement du L.S.D. et présentait des épisodes confusionnels et dépressifs, avec des phénomènes hallucinatoires qui l'ont amené deux fois en service d'urgence. Il n'était pas en état de dépendance. Il ne parlait pratiquement pas de sa famille si ce n'est en évoquant une mère "à qui il aurait volontiers mis du L.S.D. dans son café", "que celle-ci se trouvait en lui". Il ne connaissait pas son père bien que celui-ci ait toujours été présent. Il fut régulièrement suivi de façon très directive pendant quelques mois. Il commençait alors des études de médecine mais au bout d'un trimestre, il avait "épuisé" tout le programme de l'année. Il avait déjà suivi auparavant mathématiques supérieures et spéciales. Il avait beaucoup pratiqué la montagne mais avait eu un grave accident et il n'aimait pas en repratiquer.

Il s'est ensuite mis vainement à chercher du travail. Il a rencontré un garçon qu'il n'a pratiquement plus quitté par la suite. Il venait de moins en moins souvent sauf pour un conseil ou exprimer

une difficulté. Il a vécu alors de nombreuses expériences hallucinatoires sous drogues diverses. Puis il fut arrêté une première fois pour usage et trafic de haschich. Il fit un mois de détention préventive. A sa sortie, il recherche sans succès un moyen d'avoir de l'argent. Et avec son camarade, ils commencent alors une série de "casses" en tout genre. Interpellé plusieurs fois dont une fois en flagrant délit, il n'y a pas de suite. Il vient nous voir une fois pour faire le point car il n'y comprenait plus rien. Il était invité quelques fois à dîner avec des policiers de la brigade des stupéfiants. Il a même demandé à être hospitalisé en clinique, il y est resté une demie-heure. Il désirait même commencer une psychanalyse, nous lui avons alors donné des renseignements à ce sujet. Puis nous l'avons revu un jour complètement désespéré, il avait fait une certaine escalade dans la violence (casse à main armée etc.) et nous lui avons proposé de rester à l'hôpital ou tout du moins d'arrêter immédiatement ses activités qui devenaient dangereuses. Trois jours plus tard, il était arrêté avec son camarade en flagrant délit de casse de pharmacie, voiture volée, port d'armes, etc... Nous avons toujours pensé que cette affaire était une forme de suicide camouflé : la voiture volée était jaune canaris, ils avaient projeté de "casser" plusieurs pharmacies sur un itinéraire dont ils avaient le trajet sur papier avec eux. Ils se sont retrouvés tous les deux sur les bancs des Assises et il purge encore aujourd'hui une peine de plusieurs années de prison.

Ce garçon très intelligent a choisi la délinquance devant les difficultés réelles pour subvenir à ses besoins. Il a fait de nombreux efforts pour se sortir de ses difficultés, malgré une mère qui n'a jamais réussi à couper le cordon ombilical et qui ne lui laissait aucune possibilité de s'épanouir. Il exprimait un jour, sous les effets du L.S.D. que sa mère était "en lui".

Sa relation avec autrui était extrêmement morcelée, il passait d'un groupe à un autre sans s'arrêter. La seule personne qu'il fréquentait de façon durable fut le coéquipier de ses frasques.

CAS N° 20

Robert, 24 ans. Ne connaît pas son père qui est mort il

y a quatre ans. Il porte son nom parce que celui-ci l'a reconnu. Sa mère s'est remariée et a eu un fils (son demi-frère). Le beau-père refuse Robert qui sera placé dans plusieurs établissements spécialisés.

Il a été atteint très tôt d'une poliomyélite antérieure aiguë : il serait resté trois ans en hôpital pour cela. Il en conserve quelques séquelles. A douze ans, il réintègre le foyer maternel mais fait plusieurs fugues et il est confié à la justice des enfants qui l'oriente vers un foyer où il est suivi très régulièrement. Il réussit son certificat d'études à 16 ans.

Puis il se met à travailler de droite à gauche, restant une fois 18 mois au même poste en électrochimie. Puis il est initié au haschich par un copain. Il se met alors à fréquenter la "zone toxico," et utilise un peu de tout, surtout le L.S.D.

Il vient nous consulter un matin après une nuit de délire total à la suite de l'ingestion massive d'une plante atropinique. Nous l'envoyons ensuite dans un centre de post-cure dans le midi. Il en revient une semaine plus tard et disparaît. Il réapparaît quelques mois après, sur injonction de traitement pour usage et trafic (il aurait ramené 5 Kgs de haschich d'Amsterdam et vendu des doses de L.S.D.). Il vient de passer 40 jours en détention provisoire, il est dépressif, anxieux, très fatigué, à la limite de la déchéance physique. Il accepte assez facilement la prise en charge qui sera longue et bien suivie. A la suite de cette affaire, il renoue avec sa mère chez qui il habite et cela lui fait beaucoup de bien d'après lui. Nous avons réussi à lui faire obtenir une pension d'handicapé physique et la possibilité d'une formation professionnelle adaptée.

Petit à petit, il s'est dégagé du groupe de jeunes qu'il fréquentait. Actuellement il va bien et "fréquente" une jeune fille.

CAS N° 21

X, 18 ans. Arrêtée dans le midi de la France lors d'un

"voyage" sous acide. Rapatriée dans sa famille qui n'a pas pu supporter cette affaire. Pourtant ils ont toujours été très "libéraux" malgré plusieurs fugues qui ont abouti à une prise en charge par le juge des enfants.

Elle a été suivie très régulièrement par une éducatrice qu'elle ne voit plus depuis deux mois. A été adressée à un psychothérapeute qu'elle a rencontré trois fois, elle ne voyait pas pourquoi elle y allait.

Elle aimerait faire un stage de pôtterie ou une formation de bijouterie-orfèvrerie. Actuellement dans sa famille. Elle travaille de façon très épisodique. La mère pense que sa fille est "irrécupérable". Le père, avec qui les relations sont squelettiques, a écrit un livre, non publié, "J'ai tué ma fille".

Elle utilise essentiellement des hallucinogènes. Elle n'éprouve aucun besoin d'être prise en charge. Nous la revoyons deux ans plus tard, hospitalisée en urgence, à la suite d'une interpellation par la police alors qu'elle roulait à mobylette complètement "défoncée" au trichloréthylène. En fait, vivait depuis trois jours ainsi en compagnie d'une amie.

Depuis un an, elle a établi une sorte de statu-quo avec sa famille. Elle continue à utiliser diverses drogues et surtout du L.S.D. Elle vit de petits travaux et de petites "arnaques".

N'est pas revenue depuis.

CAS N° 22

X, 18 ans. Hospitalisé à la suite d'une intoxication prolongée au trichloréthylène.

Famille très unie. Le père est coiffeur et a 60 ans. Sa mère a 55 ans, sans profession. A un frère et une soeur de dix ans et douze ans ses aînés, mariés et bien insérés socialement.

A suivi une scolarité moyenne, il aime les voyages.

A connu la drogue par un camarade, il y a deux ans environ.

Il "suffisait" de l'élever sur toit. Il travaillait pendant les vacances. Il s'intéresse à la poésie, au mysticisme (l'écriture, à la la bible). A essayé de s'intégrer dans un groupe de jeunes très politisés mais l'a très vite refusé. Il joue également de la guitare et a une passion pour les chiens.

C'est un garçon très anxieux, intelligent, vif. Suit quelques temps puis disparaît. Il nous revient adressé par la justice pour usage de haschich. Il obtiendra un non-lieu.

S'inscrit en faculté après avoir passé son bac puis arrêté après une année de faculté pour rentrer à l'école normale afin de devenir enseignant. Actuellement va très bien et ne se drogue plus.

Cas n° 13

X, 24 ans. Hospitalisé en urgence sur sa demande. Il dit être toxicomane depuis huit ans. Les médecins du service suspectent une lésion et une histoire pulmonaire mais les examens reviennent normaux.

Il avait déjà entrepris une cure il y a plus d'un an, il se serait arrêté pendant plusieurs mois. Il est passé à Marmottan il y a six mois après une rechute puis est allé dans un foyer de post-cure dans le midi mais la drogue y circulait très facilement.

Il y a rencontré une jeune fille avec qui il s'est sauvé pour rejoindre sa mère dans les Cévennes. Mais celle-ci lui interdit sa maison et ils retournent dans le centre de post-cure, d'où ils sont aiguillés vers Lyon.

Il reste chez une "soeur" qui l'héberge quelques temps, mais en face de chez elle, X rencontre un "dealer" et c'est de nouveau un usage immédiat de "poudre" ce qui occasionne sa venue dans le service. Dans celui-ci, il rencontre une jeune psychotique dont il tombe amoureux. Ils se salvèrent ensemble, la mère de la fille veut absolument les aider, mais que cela soit certainement très négatif. Ce qui se confirme une semaine plus tard quand il nous est ramené par

la brigade des stupéfiants pour coups et blessures à l'encontre de la jeune fille.

Sur le plan familial, nous savons peu de choses, si ce n'est que les contacts sont difficiles. Il ne voit ni son père ni son beau-père de milieu aisé. Il est bachelier, dit-il, a fait quatre ans aux Beaux-Arts et aurait un C.A.P. de serrurier d'Art.

Il a été orienté vers un autre centre de post-cure dans la région de Toulouse et nous ne savons plus rien de lui depuis.

CAS N° 24

X, 19 ans. Nous est adressé par un médecin d'un centre hospitalier.

Fils naturel. A rencontré pour la première fois son père il y a deux ans. A de bons contacts avec une tante et une soeur.

Il a de gros problèmes d'identité et a trouvé un substitut familial dans un groupe de jeunes avec qui il vit en communauté et avec qui il fume du haschich sans en être dépendant.

Il travaille aux P et T et occupait une place dans une petite localité où il était très entouré. Muté à Lyon pour un avancement, il est confronté à l'anonymat de la multitude (il y a deux mille employés), ce qu'il ne peut supporter. Il a fait un épisode dépressivo-anxieux qui a spontanément régressé au retour à son ancienne place.

CAS N° 25

X, 22 ans. Adressée par son médecin traitant.

Revient des Indes dans un état général très médiocre et totalement désespérée. Elle refuse toute hospitalisation et nous entreprenons un sevrage à domicile qui durera cinq jours de façon très pénible mais qui réussit. Par la suite, elle reviendra régulièrement pendant plusieurs mois puis transformera l'héroïne et la mor-

phine en alcool et nous ne la reverrons qu'une seule fois à l'occasion d'une interruption de grossesse où nous en avons profité pour lui faire faire un bilan général.

Son histoire est assez complexe. Elle porte deux prénoms : un pour son père qui est parti du foyer familial alors qu'elle avait deux ans et qui vit avec une autre femme, et un autre prénom pour sa mère. Elle a conservé quelques contacts épistolaires avec son père. Pour la mère, hyperprotectrice, elle est "la fille à son père". Elle a deux soeurs qui ont quitté le domicile maternel et vont apparemment bien. Sa mère depuis qu'elle est toute petite lui répète qu'elle ressemble à son père qui d'après elle, est un "détraqué". Le père serait un grand buveur.

Elle a le bac et un diplôme de secrétaire sténo-dactylo mais ne veut plus faire ce métier dans lequel elle réussissait pourtant bien. Intelligente, elle n'arrive cependant pas à trouver un intérêt quelconque dans la vie. Elle lit pourtant un à deux livres par jour. Solitaire, elle ne connaît personne et n'a qu'un regret c'est d'avoir quitté les Indes où elle était bien (elle avait quasiment été adoptée par une famille indoue) avec sa morphine et ses copains. Puis elle rencontre une ancienne amie avec qui elle disparaît. Elle fait une tentative de suicide sans gravité, revient une fois, puis disparaît. Nous la revoyons plusieurs mois plus tard, elle travaille dans un hôpital comme fille de salle et a rencontré un autre toxico dont elle attend un enfant ; elle ne comprend pas pourquoi car elle n'a eu qu'un seul rapport avec lui. De plus, son état général ne s'est guère amélioré et elle s'est mise à boire en grande quantité. Elle désire interrompre cette grossesse qui n'est certainement pas une solution à ses problèmes. Elle reviendra encore une fois pour nous donner les résultats de son bilan clinique. Depuis, nous ne l'avons pas revue.

CAS N° 26

X, 17 ans. Adressé par son médecin traitant pour "comportement bizarre".

Il nous est amené par sa mère. Son père a été soigné à plusieurs reprises en milieu psychiatrique pour des troubles caractériels et éthylisme. D'origine slave, en France depuis 1917 la famille paternelle a conservé un mode de vie très traditionnel et c'est la grand-mère qui a le pouvoir sur ses fils.

Jean est le premier enfant du couple qui divorce alors qu'il a huit ans. Il a une soeur plus jeune. Le garçon n'a pas très bien compris cette séparation, il resta d'abord avec son père puis sa mère l'a repris, elle s'était remariée entre-temps.

Puis récemment, il a fait un stage de karaté, et s'initie au yoga. Lors d'un séjour chez son père, qui ne s'occupe absolument pas de son fils, il rencontre un garçon de 19 ans, ancien toxicomane aux drogues dures qui se serait désintoxiqué seul grâce au yoga. Une relation très teintée d'homosexualité s'établit entre eux. Il fume pour la première fois du haschich. Ce fut une expérience bien particulière pour ce garçon avec obscurcissement de la conscience, égarement, sensation de "planer" et hallucinations (ce qui est vraiment exceptionnel avec cette drogue). Il en reconsumera une fois ou deux, seul.

A son retour chez sa mère, après plusieurs discussions tapageuses, il avoue avoir pris de la drogue, c'est ce qui nous l'amène. La relation mère-fils : "ce gosse veut ma mort", "il dit qu'il m'aime mais il se fout de moi".

Puis il rentre au lycée où très vite il se retrouve en "butte" avec ses camarades de classe et ses professeurs. Les résultats scolaires deviennent très médiocres. Il voulait absolument devenir éducateur pour toxicomanes. Il rompt complètement toutes les relations avec son beau-père.

C'est alors qu'il fait une fugue ; après deux jours, il se "livre" à la police qui le ramène chez sa mère. Au cours d'une discussion, il en arrive à des échanges de violence avec sa mère. Malgré nos désirs de le mettre en foyer ou en Internat, il restait chez sa mère, qui, quelques temps plus tard, l'envoyait chez son père qui le menaçait de l'envoyer dans un kibboutz en Israël.

Pendant tout ce temps, il est venu très régulièrement aux entretiens. Il a beaucoup de mal à s'exprimer, parle peu et exprime une sensation de "planer" en perdant conscience du monde autour de lui, après avoir fumé du haschich ou sniffer de l'éther.

Il a rencontré encore une fois ce garçon qui l'avait initié, mais il ne s'est rien passé.

Après plusieurs mois, X revient toujours, ses résultats après des hauts et des bas s'améliorent nettement.

Actuellement, deux ans et demi après, il donne encore de ses nouvelles et va bien. Il continue ses études.

CAS N° 27

X. 19 ans. Adressé à la suite d'une hospitalisation en urgence.

Il consomme un peu de tout mais surtout de l'alcool et des médicaments. Il a déjà fait plusieurs séjours en service d'urgence pour des intoxications massives de médicaments associés à l'alcool.

Il existe un gros conflit avec le père qui boit, et il aurait assisté à une tentative de viol d'une de ses soeurs par son père. Il en reste très traumatisé. Le père a été poursuivi par la justice pour cela. Par la suite a fugué de nombreuses fois. Il vient de la région parisienne. Il a commis divers actes de vandalisme sous les effets des médicaments et de l'alcool, il doit d'ailleurs passer devant le juge pour cette raison.

Nous essayons en vain de lui trouver un foyer de post-cure. Finalement, il est pris en charge par une équipe éducative dans une Z.U.P. Il travaille dans un atelier de mécanique, ce qui l'intéresse beaucoup. Sa mère réussit à obtenir le divorce mais ne peut matériellement subvenir aux besoins de son fils d'autant qu'il y a d'autres enfants en bas-âge.

Après deux ans, il va bien : il s'est intégré dans un groupe de jeunes qui ne se droguent pas. Il continue à travailler.

CAS N° 28

X. Adressé par la justice pour une expertise.

Il venait d'être arrêté pour flagrant délit de trafic de marijuhana. Il consommait lui-même essentiellement du haschich et du L.S.D.

Après quelques entretiens, il se volatilisait dans la nature et revenait après deux mois pour un épisode dépressif consécutif à un usage important de divers toxiques (en particulier L.S.D.). Il fut envoyé en maison de repos pendant un mois. Ensuite, hébergé dans un centre social, il fut "embarqué" dans un univers d'"arnaque" en tout genre. Il n'avait toujours pas de travail, effectuant des voyages fréquents et mystérieux vers Paris et dans le midi. Arrêté dans une voiture volée, il réussit à s'enfuir en se faisant passer pour un auto-stoppeur. Puis s'est mis à "dealer" tout en consommant diverses drogues. Arrêté par la police, il est hospitalisé.

Insoumis depuis un an, il fut orienté vers l'hôpital militaire de région où il fut réformé pour toxicomanie. Relâché, il décidait d'arrêter cette vie décousue et surtout l'usage de drogues. Il retrouvait alors sa famille où il fut assez bien accueilli, mais faute de travail (ses parents sont des gens très modestes) il fut mis en demeure d'en trouver. Il fut employé comme garçon de salle dans un hôpital. Apparemment tout allait bien et il ne se droguait plus. Puis il y eut des disparitions de médicaments du tableau B. Il fut accusé (sans doute à tort d'après nos renseignements) et interpellé trois fois sur son lieu de travail par la brigade des stupéfiants qui lui demandait de fournir des renseignements. Il fut bien entendu renvoyé de l'hôpital.

C'est alors qu'il part dans le midi et reprend l'usage des toxiques (médicaments divers dont Artane et Valium) ; il est arrêté par la police, emmené à l'hôpital psychiatrique qui le laisse repartir. Il revient à Lyon et il s'y fait de nouveau appréhender par la brigade des stupéfiants pour usage et trafic de drogues. Mis en détention préventive, il y restera deux mois. Nous le voyons sur place tous les quinze jours. Et il demande à partir dans un centre de

post-cure. Nous obtenons le feu vert de la justice.

Il y reste plusieurs mois, revenant nous voir de temps en temps. Il va bien, après un essai infructueux de retour à Lyon, où il en a trop fait, dit-il, il part s'installer dans le midi.

CAS N° 29

X. 20 ans. Amené par sa mère.

C'est un schizophrène reconnu depuis cinq ans. Il a déjà fait de nombreux séjours dans différents hôpitaux psychiatriques, tant en France qu'à l'étranger. Il utilise essentiellement des hallucinogènes.

Il travaille un an après un séjour de six mois en hôpital psychiatrique. Puis arrête trois mois son traitement. Il projette alors de s'installer à la campagne. Mais il se met à utiliser diverses drogues illicites et en particulier des opiacés en injection. Il se présente comme un "junkie", conforme au portrait robot, revêtu de tous les signes vestimentaires adéquats, tenant un langage typique, seulement agrémenté de quelques symptômes phobo-obsessionnels avec sa main gauche.

Après sa visite, il disparaît. Interpellé par la brigade des stupéfiants, il est relâché. Nous le retrouvons hospitalisé en urgence quelques semaines plus tard. Il ressort immédiatement. Puis nous apprenons qu'il est incarcéré dans une ville savoyarde. Il était parti un matin très tôt sous amphétamines et en bicyclette afin de rejoindre Genève. En route, il provoque un accident de la circulation. Il est alors interrogé et dit qu'il est toxicomane. Il a sur lui une seringue et une poudre de parfum exotique que la police prend pour du haschich. Après quelques démarches auprès du Parquet, nous obtenons sa libération sous condition d'une cure de désintoxication qui se fera dans un hôpital psychiatrique pendant trois mois. Il en ressort sevré et assez bien équilibré, adressé dans un foyer de post-cure, il en repart après huit jours.

Depuis, il vit d'expédients, d'aventures avec des jeunes filles, de petites affaires d'import-export tout à fait légales. De temps en temps, il réussit à travailler. Mais il lui est vraiment impossible de ne pas se droguer. Il semble, en effet, que ce rôle, cette identité de toxicomane, lui permettent de vivre, difficilement certes, mais à peu près normalement dans la société.

Son histoire familiale est complexe : son père est diabétique et s'injecte tous les jours son insuline. Sa mère est hyperprotectrice, avec des tendances incestueuses (il lui arrive souvent de "dormir" avec son fils ou de parler de la "puissance du sexe de son fils"). Le couple a divorcé alors que X était encore jeune. La mère s'est remariée et ce mari a divorcé parce que le fils dormait dans le même lit que sa mère. X a navigué entre son père et sa mère. Le père, hyper-rigide, ne fait aucun effort pour comprendre son fils qu'il rejette.

Sa mère, au contraire, fait n'importe quoi pour être au fait de ses actes, allant jusqu'à le chercher elle-même dans la "zone toxico" de Paris ou d'Ibiza".

D I S C U S S I O N

Nous pouvons après cette énumération limitative formuler un certain nombre de remarques, en dehors des méthodes thérapeutiques utilisées pour chacun :

a) Nous retrouvons les antécédents démonstratifs cités auparavant :

- 1 - l'origine sociale extrêmement variée,
- 2 - perturbation quasi-constante au sein de la cellule familiale qui revêt tous les aspects possibles,
- 3 - interruption volontaire des études contre l'avis familial et l'environnement social, qui est surtout une sortie du "droit chemin",
- 4 - instabilité très grande dans le marché du travail.

b) L'intervention judiciaire :

Tous les cas cités ici, adressés directement après une interpellation (cas 2 à 15), ne méritaient pas le diagnostic de "toxicomanie" à l'exception d'un seul cas (N° 28).

Nous signalons ici l'avantage certain de la demande d'avis médical dans le cadre de la surveillance judiciaire par rapport à l'injonction de traitement qui oblige le médecin à traiter un "toxicomane" présumé qui n'en est pas toujours un.

Par contre, dix de ceux qui sont venus par d'autres médiateurs, ont eu ou auront affaire à la justice. Et seulement quatre n'ont jamais eu affaire avec elle.

Nous voulons montrer ici, sans tenir compte de la gravité des problèmes de chaque cas, que le volontariat de la prise en charge est une garantie non de son efficacité à long terme mais d'une régularité de celle-ci et de son acceptation en tant que telle.

En effet, chez les quatorze jeunes qui nous ont été adressés par décision de justice, aucune prise en charge n'a pu être envisagée ; seul, le cas 28 a pu être suivi régulièrement. Tous les autres, une fois la formalité obligatoire remplie, n'ont plus jamais remis les pieds dans les locaux de la consultation, malgré les rendez-vous fixés et les relances par courrier.

B - La Pratique ; Organisation des actes commis :

"Les hommes ne dialoguent plus entre eux, tel est le drame des temps modernes. La société a depuis longtemps cessé d'être communautaire : elle s'est désagrégée en atomes débiles".

H. MILLER

Nous entreprenons ici de parler et d'expliquer les

différents axes de notre action :

1 - La prise en charge proprement dite des jeunes toxicomanes ou simples usagers.

2 - La prévention essentiellement sous forme d'informations.

3 - Les relations avec les institutions également désignées dans la lutte contre la toxicomanie : la police et la justice.

4 - Les activités de recherche d'identité des produits utilisés (réalisées en collaboration avec le laboratoire de Médecine Légale).

5 - Les visites d'autres structures tant en France qu'à l'étranger.

1 - La prise en charge :

Elle est avant tout envisagée dans le strict cadre du "volontariat" c'est à dire que le jeune doit formuler une demande précise et émanant de lui-même. Celle-ci sera discutée quant à son authenticité et sa réalité. Il sera ensuite établi un contrat qui fixera les limites de la relation à établir. Celui-ci sera discuté tout d'abord entre les deux termes qui le composent et ensuite en équipe, pour avis et recherche des autres "rôles" qui pourraient intervenir (médecin-éducateur-assistance judiciaire ou autre).

Chaque fois que ce contrat sera rompu, un autre sera discuté et aboutira soit à un départ soit à un nouveau contrat. En effet, il est indispensable dans le cadre de la relation établie, pour ne pas tomber dans une fusion négative, d'établir un système souple, tolérant, mais également autoritaire et rigoureux.

Le client doit connaître de façon claire et nette, les repères qui limitent ses demandes (drogues diverses - usage sur les

lieux d'accueil, etc.) et nos actions (non délivrance d'ordonnance de complaisance, limitation des actes dans la vie quotidienne, intervention dans la famille, etc.).

Nous rappelons ici qu'aucun d'entre nous n'est psychothérapeute au sens psychanalytique et que si psychothérapie il y a, elle n'est que relationnelle. C'est dire également, la nécessité d'un contrat de confiance : sans celui-ci il est quasiment impossible de faire quoi que ce soit.

Le médecin intervient donc en fonction de son rôle de médecin et de sa spécialité, et établira un contrat fonctionnel. Les interventions se feront toujours dans un cadre de réalité et en fonction des impératifs et limites qu'elle impose.

Etant ambulatoire, nous ferons donc appel aux institutions existantes (hôpital psychiatrique, médecin traitant, foyer, centre de post-cure) chaque fois que cela s'avèrera nécessaire, ceci étant le plus souvent établi dans notre contrat.

Toutes les fois qu'il nous l'est demandé et toujours après discussion en équipe, nous intervenons auprès des instances judiciaires (avocats et juges) et policières afin de re-situer la problématique du jeune dont nous nous occupons.

2 - Les activités de prévention (réf. n° 90 bis, 90 ter, n° 50 B 3)

Nous avons pratiqué dans ce sens essentiellement sous forme d'information. Celle-ci a été distribuée selon trois axes :

- les adolescents : dans les établissements scolaires, maisons de jeunes et de la culture, foyers et autres organisations d'adolescents et également de façon ponctuelle avec des jeunes venant s'informer individuellement ou en petits groupes au centre ou à l'hôpital.
(En 1976 nous avons ainsi effectué 101 interventions de ce type).

- les parents : en association de parents essentiellement.
- les institutions socio-éducatives et médicales : infirmières, assistantes sociales, éducateurs, etc.

Pendant la période de 1975 à juin 1977, nous avons réalisé 95 conférences - débats d'information ayant pour thème le phénomène drogue actuel. Nous avons répondu à deux critères :

- la demande du public,
- les décrets d'application de la loi du 31.12.1970 relatifs à cette information.

Nous ne discuterons pas ici de son intérêt, de ses limites, ni de ses modalités. Nous soulignerons seulement le rôle dédramatisant capital et nécessaire de celle-ci, répondant au spectaculaire du phénomène étalé par les médias. Sans compter l'intérêt pour nous d'avoir l'avis, librement exprimé, des assistants et de pouvoir ainsi mieux comprendre quel est le rôle du toxicomane dans la cité.

Nous avons réalisé une petite enquête au cours du mois de juin 1977 dans deux établissements d'enseignements privés dont voici les premiers résultats qui se révèlent intéressants à plusieurs titres malgré le petit nombre (115) et la particularité des sujets qui sont tous scolarisés. Nous espérons pouvoir continuer ce travail pendant l'année scolaire 77-78.

G R O U P E N° 1

Ville de la périphérie lyonnaise où, de réputation, il n'y a pas de problèmes de drogues. 51 élèves, mixte, âgés de 14 à 16 ans. Niveau B.E.P.C.

Première question : Qu'évoque pour vous le phénomène drogue ?

- ? : 1
- le rêve : 2

- le danger, un problème grave : 33
- ne connaît pas : 1
- quelque chose de bien : 1
- un plaisir autre : 3
- ne veut pas de drogue : 1
- rien : 1
- trouve la propagande antidrogue efficace : . 1
- ne le concerne pas : 1
- pas de réponse : 5

Deuxième question : Une personne qui se drogue est-elle :

- Normale ? 10
- Malade ? 23 quelques uns
- Cas social ? 23 donnent plusieurs
- Délinquant ? 4 réponses.

Troisième question : Avez-vous déjà volé ou commis un acte qui vous semble tel ?

- oui : 36
- non : 14
- ? : 2

Quatrième question : Avez-vous déjà consommé une drogue illicite ?

- oui : 4
- non : 47

Cinquième question : Considérez-vous que vous avez des problèmes avec vos parents ?

- oui : 27
- non : 24

Sixième question : Considérez-vous qu'une information doit être donnée aux adolescents ?

- oui : 51
- non : 0

Septième question : Considérez-vous qu'une information doit être donnée aux parents ?

- oui : 49
- non : 2

Huitième question : Pensez-vous que le toxicomane doit aller en prison ?

- oui : 9
- non : 39
- indécis : 1
- pas de réponse .. 2

Neuvième question : Le haschich ou marijuhana doit-il :

- être en vente libre ? 5
- subir une législation particulière visant à la dépénalisation de son usage ? 20
- conserver la même législation ? 23
- pas de réponse : 2
- "s'en fout" : 1

Pour ceux qui ont répondu OUI à l'usage de drogue illicite (sans spécifier laquelle) :

- deux disent avoir des problèmes avec leurs parents,
- deux disent ne pas en avoir.

G R O U P E N° 2

61 élèves, jeunes filles, âge de 17 à 19 ans. Originaires de la région Rhône-Alpes. Niveau : classe de seconde à orientation sociale et médicale.

Première question : Quelle est la première question qui vous vient à l'esprit au sujet de ce phénomène ?

- dans quel pays se drogue-t-on ? 1
- la drogue résoud-elle les problèmes ? 2
- j'aimerais essayer 3

Sixième question : Une personne qui se drogue, est-elle :

- normale ? 0
- malade ? 7
- cas social ? 51
- délinquant ? 5
- incomprise ? 2
- pas de réponse 3

Septième question : Il y a en moyenne une fille pour trois garçons qui se droguent, pourquoi à votre avis ?

- ne sait pas 4
- pas de réponse 17
- le garçon est plus indépendant 9
- les filles ont moins peur 1
- question d'époque 1
- les garçons ont plus de problèmes 10
- les filles préfèrent la qualité à la quantité. 2
- ça fait viril 7
- pas la même psychologie 1
- les filles ont plus peur 2
- les filles ont plus de difficultés à se
procurer la drogue 1
- les garçons ont un caractère plus profond 1
- les garçons ont plus de responsabilités 2
- les garçons ont moins de caractère 3
- les garçons sont plus malins 2

Huitième question : Si vous aviez utilisé une drogue illicite, en parleriez-vous à vos parents ou éducateurs ?

- oui : 21
- non : 36
- peut-être 3
- pas de réponse 2

Neuvième question : Que pensez-vous de ce phénomène ?

- problème grave, sérieux, important 56
- pas important 1
- pas de réponse 2

Dixième question : Le haschich ou marijuhana, doit-il :

- être en vente libre ? 8

- subir une législation particulière visant à
dépénaliser son usage 18
- conserver la même législation 18
- la législation ne résoud rien 1
- pas de réponse 1

D I S C U S S I O N

En tout premier lieu nous pouvons dire que pour les 115 élèves interrogés la quasi-totalité (seulement deux pensent qu'une information n'est pas justifiée pour les parents) désire qu'une information leur soit donnée à eux et à leurs parents.

Ils considèrent ensuite que le problème est grave, sérieux, important : $33 + 56 = 89$ soit 77,4 %.

$29 + 36 = 65$ disent avoir volé au moins une fois soit 56,5 % ;

$4 + 7 = 11$ disent avoir utilisé au moins une fois une drogue interdite, soit 9,6 %. Ici, il faut noter que pour le groupe 1 dont les âges sont de 14 à 16 ans il n'y a que quatre cas et qu'il y en a sept dans le groupe 2 où l'on franchit une tranche d'âge (17 à 19 ans).

En ce qui concerne l'utilisateur de drogue, une grande majorité pense qu'il s'agit plutôt d'un cas social ($23 + 51 = 74$) mais aussi un malade ($23 + 7 = 30$), les plus jeunes et les moins orientés quant à leur avenir médicalisant beaucoup plus. Dix du groupe 1 pensent qu'il est normal, comme tout le monde. Seulement $4 + 5 = 9$ pensent que c'est un délinquant. Cela est à rapprocher du fait que 39 sur 51 pensent qu'il ne devrait pas aller en prison.

Deux réponses nous ont frappé et nous rejoignons là un travail statistique encore en cours à Lyon II par l'équipe du Professeur BERGERET : 27 sur 51 du groupe 1 disent avoir des problèmes avec leurs parents et 36 sur 61 du groupe 2 ne parleraient pas à leurs parents d'un usage de drogues illicites ou dangereuses (considérées

par le groupe social comme telles). Ceci nous rappelle que si le toxico (nous renvoyons ici aux définitions p. 28 et 49) a très souvent des problèmes avec ses parents, ceci ne peut être retenu comme une spécificité du phénomène drogue mais plutôt comme une spécificité de l'adolescence contemporaine dans son ensemble.

Une dernière remarque pour terminer : $5 + 8 = 13$ pensent que le cannabis (haschich et autres formes) devrait être en vente libre. $20 + 33 = 53$ (un petit peu moins de la moitié) pensent qu'une dépénalisation serait souhaitable (là aussi l'âge semble jouer un rôle puisque le nombre passe de 20 sur 51 à 33 sur 61 en franchissant une tranche d'âge).

$23 + 18 = 41$ estiment que rien ne doit changer, ce qui complète la remarque précédente. Pour les deux dernières réponses (dépénalisation-conservatisme) cela affirme la thèse que l'adolescent a besoin de l'interdit sur le haschich surtout et essentiellement pour le franchir et s'affirmer autonome par rapport aux règles sociales et familiales comme pour le vol qui est de pratique sociale plus répandue (56,5 % dans ce cas).

Par ailleurs, nous avons, en collaboration avec la Jeune Chambre Economique de Lyon, mis en route un projet d'édition d'une plaquette d'information destinée aux parents et éducateurs qui est sur le point d'aboutir. Cette brochure sera distribuée dans la région Rhône-Alpes. Elle contiendra les quatre points suivants :

- un tableau récapitulatif des drogues psychotropes,
- une lettre ouverte traitant grossièrement le phénomène,
- une bibliographie synthétique,
- les adresses utiles pour toute information et prise en charge éventuelle.

3 - Les relations avec la police et la justice :

Il était prévu après 1972 dans les applications de la

loi de 1970, des rencontres de synthèse entre les trois institutions sous la responsabilité du préfet, associées aux instances de l'éducation Nationale et de la Jeunesse et des Sports et autres associations. Mais ce n'est pas en fait cela qui nous a intéressé mais plutôt la collaboration possible dans la pratique quotidienne, sans oublier les prérogatives du secret médical, sans quoi nous perdriions, à juste titre, toute la confiance de la population traitée.

Du côté de la police, nous avons rencontré quelques fonctionnaires qui, par leur situation et leur compréhension du problème, nous ont grandement facilité la tâche pour une réinsertion possible des jeunes que nous suivons. Nous citerons les quelques échanges très fructueux sur un plan éducatif que nous avons eu avec le Centre d'Accueil des Jeunes, place Antonin Poncet à Lyon. Nous regrettons vivement que ces interventions soient restées ponctuelles et occasionnelles, car il serait très intéressant que nous puissions intervenir le plus tôt possible après une interpellation afin d'éviter à certains d'être irrémédiablement entraînés dans un système de délinquance par une pénalisation outre mesure par rapport à la faute commise. Mais nous n'oublions pas que le policier n'est pas formé pour être thérapeute mais pour faire respecter la loi. Nous ne faisons pas le même métier et la collaboration n'est pas aussi simple, car où se situe la frontière entre usager et trafiquant ?

Pour ce qui est de la Justice, le Juge d'Instruction et le Parquet peuvent eux plus facilement s'accomoder des applications de cette loi. Nous sommes intervenus auprès des juges chaque fois qu'il nous a paru judicieux d'apporter une information médicale sur les sujets en instruction pour usage de stupéfiants. Il nous semble aujourd'hui que celle-ci est presque toujours écoutée et entendue. Et ce, bien que notre discours ne soit pas toujours très aisé : les langages judiciaire et médical n'ont que peu de ressemblance. Les résultats se sont souvent résumés à un "renvoi de balle" pour ainsi dire, la justice confiant l'usager au médecin ou au contraire le gardant dans son domaine (détention provisoire, peine de prison ferme ou surveillance judiciaire simple).

Mais il nous semble, et cela mériterait une analyse plus approfondie, que l'institution judiciaire de par son embarras face au toxicomane (son discours, son comportement, ses délits originaux) et de par sa problématique interne de multiplication des dossiers, a finalement confié au "corps médical" (et tous ceux qui y sont incorporés) une grande partie de l'application de la loi. Nous avons constaté également une attitude très contradictoire dans l'ensemble au niveau des peines : celles-ci étant ou très fortes (répression) ou très faibles (banalisation) pour des délits comparables.

Le garçon (cas n° 10) en est une assez bonne illustration : en 1971, il avait six mois de prison dont quatre avec sursis pour usage et détention de dix grammes de haschich. En 1974, il avait une amende de 700 Frs pour usage, alors que la récidive peut être punie de prison ferme.

Il apparaît donc qu'avec les années la tendance générale sur la région soit, avec constance, pour une certaine clémence envers les usagers qui se soumettent à une surveillance médico-judiciaire. Ceci allant même avec les dernières applications judiciaires à une absence de peine ou à un non-lieu.

4 - La recherche de l'identité des produits utilisés :

Il nous a paru très important de connaître l'identité exacte des produits qui circulaient sur le marché clandestin lorsque cela nous était possible.

Nous savions par les déclarations californiennes ou québécoises qu'il circulait du L.S.D. "speedé" (amphétaminé). Ainsi, nous avons pu faire pratiquer l'analyse complète de plusieurs échantillons de "trip". Nous avons vérifié tout d'abord qu'il n'existait sur le marché qu'environ 15 % des produits qui étaient du L.S.D. 25

pur et à dose moyenne (100 Microgrammes). Nous avons également eu l'occasion de découvrir un produit pur en L.S.D. 25 mais dont le dosage était supérieur à 400 microgrammes ! il portait le nom de "blues" ou "pyramide violette". Nous avons eu quelques échantillons d'une amphétamine $\pm$ L.S.D. 25, mais d'autres n'ont jamais révélé leur véritable identité toxique. Et pourtant, d'après les descriptions des symptômes observés par la clientèle, nous pouvions penser à une association L.S.D. 25 + un produit X, inconnu. L'on peut supposer qu'il s'agirait d'une molécule voisine comme l'A.L.D. 52 ou M.L.D. 51 (réf. 30 B 1) dont les propriétés hallucinogéniques sont comparables.

Nous avons eu également un échantillon de peyotl séché, très pur, et un d'amanite tue-mouche séchée (dont nous n'avons pas eu connaissance de l'usage ni de ses effets).

Il nous paraît extrêmement utile (bien que ceci puisse être totalement détourné de son sens par les médias) de faire circuler l'information sur les renseignements fournis par ces analyses pour rejoindre, à une échelle très restreinte, les mouvements dans ce sens entrepris au Québec, en Californie et en Hollande.

La pratique nous a montré à plusieurs reprises l'abandon pur et simple de l'utilisation de ces produits mystérieux par nos clients et leurs camarades et ainsi à éviter de nombreux accidents graves. Nous avons recueilli également des échantillons de chanvre sous toutes ses formes (herbe, résine haschich, huiles) : les titrages étaient variables et en général assez faibles. Nous avons eu l'occasion une seule fois de découvrir une herbe très atropinisée qui était vendue pour de la "colombienne" et qui présentait de réels dangers si elle était prise par la bouche après macération dans l'eau chaude ou en tisane : nous avons pu constater plusieurs intoxications consécutives à l'absorption de cette (ou ces) plante(s) qui étaient très caractéristiques (vomissements, mydriase, syndrome douloureux gastro-intestinal, hallucinations, voire déréalisation et dépersonnalisation totale pendant plusieurs heures) tant à l'office

d'urgence que dans le cadre des consultations. Un des principaux composants de cette préparation était sans aucun doute les cigarettes vendues en pharmacie pour les asthmatiques (et en particulier les cigarettes Legras).

Les quelques échantillons d'opiacés d'origines très différentes nous ont montré des pourcentages en produit actif extrêmement variables ; de 70 % (morphine) à 12 % (héroïne) à 2 % (morphine). Ceci explique très aisément quelques cas d'overdose surprise chez des usagers occasionnels, mal informés ou ayant changé de "dealer".

Nous avons également fait faire des recherches d'identité de produits amenés par des pharmacies ou par des parents angoissés. C'est un domaine difficile et délicat qui nécessiterait des installations beaucoup plus importantes que celles existantes mais qui nous seraient très utiles dans la prise en charge de ces jeunes.

5 - Les visites d'autres structures se consacrant au phénomène :

Nous avons eu l'occasion de visiter à Londres, à Amsterdam et à Lausanne quelques structures d'accueil et (ou) de prise en charge des toxicomanes. Dans ces pays, l'attitude des pouvoirs publics y est très différente de la notre et les moyens mis à la disposition des centres et leur organisation sont envisagés autrement. Mais les difficultés, les clientèles et les modèles thérapeutiques sont en fait tout à fait comparables.

Deux structures ont particulièrement retenu notre attention. Tout d'abord, celle de Lausanne où il existe un complexe thérapeutique très organisé avec un centre d'accueil -drop.in- sous l'autorité universitaire de médecine sociale (associé aux services hospitaliers et psychiatriques), un centre de cure (Le Levant) qui fonctionne avec une ferme de post-cure. Un projet éducatif en milieu

urbain (dans un quartier très fréquenté) était en projet au moment de notre visite.

Une seconde réalisation nous a plus spécialement intéressé à Amsterdam. Elle représente une certaine forme d'absorption par la société en place d'une certaine marginalité. En effet, le "Cosmos" est beaucoup plus connu pour être un centre de vente de haschich que pour être un lieu de prise en charge. L'organisation y était communautaire et avait pour base une certaine philosophie très inspirée de l'orientalisme. Son orientation était donc essentiellement culturelle. Il s'agissait en fait d'un lieu public où se déroulaient des activités extrêmement variées offrant au client une possibilité de s'identifier, de se reconnaître et d'évoluer. Les différents points de repère se trouvaient étayés par une salle commune où étaient vendues des boissons et nourritures biologiques et où également chacun pouvait exposer pendant une soirée le résultat d'un travail personnel, l'itinéraire d'un voyage ou simplement ses revendications ou sa conception du monde. On y trouvait une salle de spectacle (les spectacles y étaient très variés et en tout genre), une salle de méditation, une bibliothèque, une salle d'expression graphique, un sauna mixte et un restaurant macrobiotique. Toutes les salles convergeaient sur un "hall" qui recevait des petits groupes de discussion spontanée et où se créaient des contacts. De plus, ce centre était en relation avec des communautés agricoles de la périphérie. Il s'agissait, on le voit, d'une organisation socio-économique et culturelle sur un mode communautaire qui fonctionnait très bien il y a encore deux ans, en bonne entente avec la municipalité et le gouvernement hollandais.

En France, nous avons eu l'occasion de rencontrer toutes sortes de centres et de communautés tant à Paris qu'ailleurs. Nous avons gardé des relations suivies avec le foyer de post-cure de Sartrouville pendant quatre ans. Ceci nous a montré tout l'intérêt de la "communauté thérapeutique" (réf. 118-120 B 3) comme modèle de choix dans une réelle possibilité de se "sortir" de la dépendance aux drogues (réf. 132 B 1 : article de D. Cormier et M. Barriere et réf. 118 B 3).

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE I : Le toxico, son vécu et la situation toxicomaniaque

A - Rappels généraux

- 1 - Définitions
- 2 - Les produits
- 3 - Le terrain d'observation

B - Réflexions cliniques

- 1 - Problèmes médicaux stricts
- 2 - Le vécu du toxicomane

C - Analyse du phénomène

- 1 - Toxicomanie et culture
- 2 - Réflexions sur l'adolescent toxico

CHAPITRE II : Le phénomène de colonisation et le phénomène drogue

Evolution - Comparaison

CHAPITRE III : Le toxico comme Pharmakos, moderne bouc émissaire

C H A P I T R E I

LE TOXICO, SON VECU ET LA SITUATION TOXICOMANIAQUE

"le toxico est lyrique comme une bouteille de plastique flottant au gré d'une rivière polluée, qui porte en elle plus d'informations sur l'homme et son histoire que toute la nature environnante".

Dominique CHRISTIAN

"Il serait absurde d'écrire un livre sur l'adolescence à l'intention des adolescents, car cette période de la vie qui est essentiellement celle d'une découverte personnelle doit être vécue. Chaque individu est engagé dans une expérience, celle de vivre ; dans un problème, celui d'exister".

A - Rappels généraux

1 - Définitions :

Avant d'entreprendre diverses réflexions quant au vécu des toxicomanes et autres jeunes utilisant certaines drogues psychotropes, nous rappelons ici que nous avons eu l'occasion dans notre pratique de rencontrer des adolescents et quelques adultes (le plus âgé avait 72 ans) qui ont posé à un moment particulier un problème d'usage de stupéfiants et qui ont été désignés par l'ensemble du corps social comme des "toxicomanes". Il se pose ici un premier problème spécifique : le terme de toxicomane sur un plan strictement nosographique n'est pas toujours défini avec une très grande précision et ne signifie plus rien aujourd'hui.

Nous aurons toujours présent à l'esprit lorsque nous utiliserons cette désignation que le problème principal à résoudre sera celui de la dépendance à une (ou des) drogue (s) quelle qu'en soit l'origine, licite ou illicite. Il nous paraît donc utile de rappeler ici la définition donnée par l'O. M. S de la "pharmacodépendance", regroupant les trois symptômes : la tolérance, l'assuétude et l'accoutumance ; ces termes regroupent des données toxicologiques et psychologiques :

a) Pharmacodépendance : "Etat de dépendance psychique ou physique, ou les deux à la fois, vis à vis d'un produit, et s'établissant chez un sujet à la suite de l'utilisation périodique ou continue de ce produit".

b) Accoutumance : "Etat résultant de la consommation répétée d'une drogue, provoquant le désir de la renouveler et entraînant donc une certaine dépendance psychique. Mais, à ce stade, l'abstinence ne provoque pas de troubles désagréables ou dangereux".

c) Tolérance : "Adaptation de l'organisme aux effets d'une drogue, impliquant la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir des résultats d'ampleur constante".

d) Assuétude : "Asservissement à la drogue, engendrant un état de besoin impérieux avec dépendance psychique et de plus, souvent physique. La suppression de la drogue, sans précautions médicales, devient dangereuse.

Chaque fois que nous utiliserons le vocable "toxico" il s'agira tout autant d'un toxicomane "pharmacodépendant" que d'un consommateur éventuel de psychotropes : nous préciserons chaque fois qu'il y aura dépendance avérée.

2 - Les produits :

Nous avons utilisé, pour suivre un principe de réalité, la classification des psychotropes (réf. 92 bis B 1) en trois grandes familles :

- les nooanaleptiques : qui "augmentent" le psychisme,
- les thymoanaleptiques : qui le "diminuent",
- les psychodysleptiques : qui le "perturbent".

Nous tenons tout particulièrement à cette classification bien que celle-ci ne comprenne pas certains produits (type laxatifs, voire télévision ou autres "objets"-chose) mais elle a l'avantage d'être claire, précise et surtout d'éviter cette démarcation très artificielle entre les drogues légales (alcool-tabac-thé-café-chocolat-solvants divers et médicaments) et les drogues illégales (marijuhana et tous ses dérivés, hallucinogènes*, opiacés, amphétamines, cocaïne, khat et autres plantes et substances classées comme stupéfiants au tableau B (ou B')).

* Nous tenons à souligner ici une dénomination très impropre contenue dans ce terme. Les hallucinations ne sont pas les effets majeurs et ne sont pas toujours présentes alors que les effets de dépersonnalisation et de déréalisation sont observés à chaque intoxication.

Nous rappelons également ici qu'il n'y a de véritable pharmacodépendance (c'est à dire recoupant la définition sus-citée) que pour quatre grandes familles de produits toxiques :

- l'alcool et ses dérivés,
- les barbituriques seuls ou associés,
- les opiacés naturels ou de synthèse,
- les amphétamines et la cocaïne.

Nous signalons également chez les grands "toxicos", pharmacodépendant pour la plupart, l'usage de la "shooteuse" ou "fixeuse", cette seringue "fétiche", véritable bijou de luxe ou simple poire en caoutchouc montée sur un compte goutte, qui est l'instrument choisi pour l'introduction directe du toxique dans les parties molles ou la circulation sanguine. Nous y reviendrons.

3 - Le terrain d'observation :

Ce terrain a été constitué non seulement par les relations "médicalisées" avec cette population mais également par un contact quotidien avec une certaine marginalité où les diverses drogues trouvaient un terrain de choix pour leur usage. Cela nous fait dire, d'ailleurs, que s'il existe une certaine population qui a des problèmes directement consécutifs à l'usage de drogue (s) (répression, accidents, maladies, dépendance) ou encore et surtout directement liés à la structuration des personnalités, il y a toute une large partie qui échappe aux investigations scientifiques tant sociologiques que psychologiques et médicales, et, y échappera probablement totalement. C'est dire ici la difficulté en fait de cerner le phénomène drogue dans sa globalité car nous ne pouvons qu'essayer de le comprendre par ses manifestations observables et identifiables qui ne sont en fait que le versant déviationniste d'une certaine marginalité.

Nous tenons à rappeler ici une notion qui nous paraît fondamentale lorsqu'on parle d'Histoire (celle des hommes) et de

phénomène social. Il existe à chaque moment historique une marginalité obligatoire qui contient une certaine dialectique du devenir. Cette marginalité regroupe en son sein un devenir évolutif et un devenir régressif correspondant à une même étape du développement humain. Et nous ne ferons que rappeler ici que le toxicomane dépendant représente la partie régressive, vouée aux poubelles de l'Histoire, du vaste mouvement de marginalisation qui touche non seulement les adolescents mais le monde dans son ensemble.

Le toxicomane rejoindrait ici le groupe beaucoup plus vaste des déviants et par là un nouveau groupe à "psychiatriser". Daumezon dans la préface de "Pour une psychiatrie communautaire" de J. Hochmann (réf. 45 B 1) disait à ce sujet : "Il n'est plus possible aujourd'hui de limiter l'action psychiatrique aux seuls malades amenés naguère dans les asiles ou les prisons ; l'homme du XXème siècle, vivant dans un monde en pleine mutation, réclame autre chose devant la déviance que son prédécesseur du siècle dernier. On voit quels progrès et quels dangers cette évolution inéluctable nous apporte". Et l'un des dangers primaires, pour ce qui nous concerne, est celui de confondre le marginal (éventuellement consommateur occasionnel) avec un pharmacodépendant. La loi de 1970 ne fait d'ailleurs que renforcer cette confusion. Une des conséquences majeures au niveau global est certainement une stabilisation, une "fixation" du groupe social qui perd ainsi une partie de ses forces vives, moteur de son histoire, et qui sera livré à un processus de régression psychotisante (monde réifié) et à la mort par excès d'immobilisme". "Une société statique organise le temps selon son expérience immédiate de la nature dans le modèle du temps cyclique ... (qui) est en lui-même le temps sans conflit ... son organisation présente de la paralysie de l'histoire et de la mémoire, de l'abandon de l'histoire qui s'érige sur la base du temps historique, elle est la fausse conscience du temps" (réf. 21 B 1).

B - Réflexions cliniques :

Après ces quelques rappels qui permettront de mieux suivre les démonstrations suivantes, nous allons essayer de traiter

maintenant :

1 - Problèmes médicaux stricts relatifs à l'usage des drogues rencontrées dans notre pratique. Nous ne ferons que les citer, sans approfondir à chaque fois la sémiologie et ses conséquences thérapeutiques.

a) L'intoxication aiguë :

- occasionnelle : avec un produit connu ou inconnu ; avec son cortège de symptômes, variables selon le toxique mais aussi selon les sujets (fonction de leur personnalité surtout) qui est la plupart du temps l'objet de consultation en urgence auprès de toxicologues et en particulier le Centre Anti-Poison, de psychiatres ou de médecins généralistes (nous soulignons ici la place extrêmement privilégiée du médecin généraliste dans la prévention des toxicomanies). Les thérapeutiques appropriées sont bien codifiées et nous n'y reviendrons pas.

- accidentelle : chez un consommateur important ou chronique. C'est là que nous rencontrons :

- l'usage d'une (ou des) drogue (s) de remplacement mal connue (s) (principalement médicaments détournés de leur usage ou solvants divers, principalement le trichloréthylène) ;

- l'overdose accidentelle (changement de dealer, association de produits dangereux dont la strychnine) ou volontaire ("overdose" proprement dite avec la drogue habituelle) et tentative de suicide avec des produits différents, surtout médicaments. Les thérapeutiques se feront dans le meilleur des cas en milieu hospitalier spécialisé (service de toxicologie ou de réanimation).

b) Les accidents à composante psychiatrique majeure :

C'est le "FLIP" classique : principalement chez les consommateurs d'hallucinogènes, mais aussi pour tous les autres

toxiques connus.

Nous tenons à signaler ici deux cas de bouffée délirante aigüe consécutive à un premier usage de haschich. Pour l'un, il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans dont ce fut en fait un mode d'entrée dans la schizophrénie (celle-ci évoluait encore sur un mode délirant associé à une consommation très importante de L.S.D. 25 deux années après). Pour l'autre (cas n° 26) l'évolution fut favorable puisque deux ans et demi après, il va bien.

Ces accidents psychiatriques sont de plusieurs catégories et se rattachent quelques fois à un tableau clinique d'une maladie mentale évolutive. Les symptômes régressent le plus souvent en quelques heures voire quelques jours. Les traitements les plus indiqués sont symptomatiques (chimiothérapiques en particulier) et il est utile par la suite d'envisager une prise en charge qui pourra déboucher sur une psychothérapie ou une psychanalyse ; mais bien souvent, il n'y aura aucune suite du fait de la disparition du client.

Les principaux tableaux rencontrés seront :

- Crise d'angoisse : lors d'intoxication au haschich, en particulier avec l'huile de Bhang (extrait très riche en produit actif delta 9 T.H.C., de l'ordre de 60 à 80 %). Celles-ci sont calmées le plus souvent par administration d'un tranquillisant mineur (ex. Valium) ou absorption de boissons chaudes (thé) ou riches en vitamine C (jus de citron ou d'orange) et une bonne nuit de sommeil.

- Des épisodes pseudo-délirants de dépersonnalisation, de déréalisation associés quelques fois à des hallucinations accompagnés d'angoisse, de peur panique, etc... C'est le "flip" caractéristique. En France, certains neuroleptiques (essentiellement Largactil^R) sont utilisés, associés ou non avec des tranquillisants, per os ou en injection, voire un hypnotique.

Mais le meilleur traitement reste certainement celui en

vigueur dans les Free Clinics américaines (réf. 107 E 1) : l'individu est installé dans une pièce calme, dans un décor familial, en compagnie d'une personne qui le rassure et lui répond et restera à ses côtés le temps nécessaire. Cela peut durer plusieurs heures ; en cas d'angoisse extrême l'utilisation de tranquillisants à petites doses peut être utile.

Ces manifestations sont le plus souvent rencontrées lors d'usage de L.S.D. 25 et surtout lorsque celui-ci est associé à une amphétamine ou un autre produit connu ou inconnu (acide "speedé" selon le terme argotique).

- Etats délirants : l'on peut voir également des états délirants, avec agitation parfois majeure, le plus souvent chez les toxicomanes aux amphétamines, les "speed-freaks". Ils présentent un véritable syndrome paranoïde avec une ambivalence extrême entre une toute puissance ("je plane à 2000 au dessus des autres", "le speedeur (sic) ne peut pas être analysé ou alors c'est un faux jugement", "je peux faire ce que je veux", "je peux créer des tas de choses, faire des dessins et des poèmes qui ne ressemblent en rien à ceux des autres", "je peux diriger la personne avec qui je parle") et une grande persécution ("je vois des flics partout", "je suis sûr qu'il y a un flic caché là", "je sens de mauvaises vibrations, j'ai la "parano", "ils ont dû me signaler aux flics, je fais gaffe").

Leur comportement et leurs actes dans ces moments de crise peuvent être particulièrement dangereux pour eux-mêmes et pour les autres et il convient de les calmer le plus rapidement possible à l'aide de tranquillisants majeurs.

- Agitation - état de manque : agitation lors d'un état de manque associée à une dépression qui peut parfois entraîner une tentative de suicide ou des équivalents. On y retrouve d'autres symptômes :

- douleur persistante de localisation variable (essentiellement la nuque, les maxillaires, le dos et l'abdomen) de type constrictive évoluant par paroxysme.

- crampes musculaires de localisation variable,
- sueurs diffuses ou simple moiteur du visage et des mains.

- fourmillements des extrémités,
- picotements de localisation variée,
- sensation de soif,
- palpitation, lipothymie.

Cet accès peut être calmé soit par l'injection intra-veineuse de tranquillisants (Tranxène 50, une à deux ampoules) ou la prise per os qui est toujours préférable si l'on peut rester près du sujet et lui parler.

L'on peut y ajouter un spasmolytique associé à un antalgique (nous utilisons avec succès la Viscéralgine forte^R en intra-veineuse, en intra-musculaire ou en comprimé au moment des paroxysmes douloureux).

Il est souhaitable de faire hospitaliser le sujet si celui-ci l'accepte, ce qui est loin d'être le cas le plus fréquent (réf. à consulter : 25.26 B 3).

- Urgence psychiatrique classique correspondant à une poussée brutale d'une maladie mentale dans laquelle le comportement toxicomane n'est qu'un symptôme. Il s'agit presque exclusivement de malades dits psychotiques qui font une poussée évolutive à la suite d'une intoxication prolongée, essentiellement hallucinogènes, amphétamines, alcool ou médicaments divers.

Les traitements sont ceux de la maladie en cours, et, le sevrage.

c) Problèmes de médecine générale :

- dues à la seringue : ceux directement liés à l'usage de la seringue qui est utilisée sans aucune mesure d'hygiène :

- lymphangite banale,
- abcès aux points de piqûres,
- embols, quelques fois gangrènes veineuses, qui sont le plus souvent dûs à l'injection d'une "poussière". Cette "poussière" peut être une particule de comprimé mal pilé, etc.

- septicémies à germes variés, quelques fois à levure (nous n'en avons jamais rencontré),

- hépatite virale de type B : c'est de loin l'affection la plus fréquente qui est liée à la non-stérilisation des instruments et surtout à leur usage collectif. Il n'est pas rare de voir des toxicos faire plusieurs hépatites successives : ce sera quelques fois l'occasion d'une demande de sevrage et d'une prise en charge.

Nous avons remarqué un phénomène particulier chez les toxicomanes : ils présentent souvent dans les dix premiers jours suivant un sevrage, un tableau d'hépatite virale.

Nous n'avons pas rencontré d'hépatite grave (transaminases supérieures à 1 500 U.I.).

Nous espérons mettre au point, dès que cela sera possible, avec l'Institut Pasteur une vaccination systématique de tous ceux qui utilisent une seringue pour leur consommation de drogue.

- malnutrition, dénutrition, misère physiologique : Nous n'avons pas rencontré de véritable misère physiologique* mais beaucoup de malnutris. Nous n'avons pas encore assez de recul, mais nous pouvons imaginer que ces adolescents qui n'ont pas complètement terminé leur croissance en auront quelques fois des séquelles définitives (maigreur rebelle, troubles osseux en particulier de la stature vertébrale).

- affectations médicales intercurrentes : Nous avons remarqué qu'en fait ces adolescents n'étaient guère "malades". Ils présentent en apparence peut-être un peu plus d'affection broncho-

* Deux cas ont été observés ces deux derniers mois.

pulmonaires mais rien pour l'instant nous le prouve.

Nous nous sommes même étonnés de leur résistance à la maladie alors qu'ils baignaient dans des milieux pathogènes en tout genre, sur la route des Indes ou ailleurs.

Pour conclure avec ce bref résumé des affections médicales courantes, nous insisterons surtout sur la grande fréquence des hépatites virales et leur incidence sur le désir d'arrêter la consommation. Il semblerait que cette maladie très objective mais où nous connaissons mal la part psychique, fasse suffisamment "peur" à certains pour les décourager d'aller plus loin dans l'escalade des drogues.

2 - Le vécu du toxicomane :

Nous allons maintenant essayer de mieux comprendre ce qui se passe chez le toxico, le dépendant en est une caricature mais chez les autres usagers, même occasionnels, nous retrouvons de nombreuses caractéristiques.

Tout d'abord, nous essaierons de délimiter l'espace et le temps de l'usage qui se résume dans la vie quotidienne :

a) Analyse de la vie quotidienne d'un junkie ou d'un speed freak : tentative d'appréhension du "déroulement" du temps.

- la recherche de la poudre : (préliminaires)

Elle se fait selon un circuit pré-établi par le but même de cette quête. Nous faisons abstraction des étapes suivies par le produit, comme le junk qui se "fout" de ce qui se passe avant. La poudre came est un produit magique qui "tombe du ciel". Peu de toxico connaissent le réseau du champ de pavot jusqu'à eux. Il ignore combien de travailleurs (cultivateurs, passeurs, chimistes, etc.) ont été dessaisés de leur production, quel a

été le mode de production. Il se moque de ceux qui ont réalisé les profits tout en les maudissant, sachant bien ce qu'il leur doit.

Nous ne tenons compte que du dernier intermédiaire qui est le "dealer" ou un autre junk ou un intime du junk.

Le dealer (dernier maillon avant le toxico) est le seul "producteur" de came pour le toxico, il résume entièrement sa production. Le junkie "collera" à lui, adoptera son idéologie. Ainsi le "fric" deviendra "came" et réciproquement. Quête sans fin sur un mode répétitif évoluant inlassablement sur le même thème :

- le revendeur,
- la prise de contact avec autres junks
 - le dealer
 - parfois la police moyennant un "tuyau" sur un réseau.

Fréquence : -quotidienne
 -épisodique

Lieux : -la plupart du temps un lieu public ou la "planque" du dealer (lieu fixé, repéré à l'avance)

Evolution : -fonction de l'intensité du besoin : de la "naissance du désir" en passant par l'angoisse du manque, jusqu'à la satisfaction du désir.

- La quête de l'argent : c'est le temps de "l'arnaque" :

Sans fric il n'y a pas de came,
 Tout est transformable en came, par tous les moyens :
 La retape (emprunt) du copain, des parents, du médecin
 de tous ceux qui sont sur sa route,
 La manche : "t'as pas cent balles",
 La vente de tout ce qu'il possédait (objets), de tout
 ce qu'il a emprunté, volé. Il se "dépouille" de toutes les camelotes

qui ne sont pas la came.

Le sac de la grand-mère dans un couloir du métro,
Les "dix sacs" d'une "nana" en mal de hippy défoncé,
Les passes chez un "pédé", un homosexuel, régulier ou
non,

Le "vieux" qui comprend et qui donne toujours à bouffer
et un peu de "blé",

Le "michetonage" dans les boîtes avec des "vieux pleins
de fric !",

Le "trafic de fourmis", revente, d'une ou plusieurs
doses coupées, recoupées,

Le gros deal, la "super affaire", le kilo qu'il va
chercher à Marseille, Amsterdam, Munich ou ailleurs moyennant un
"super bénéf" et de la "bonne défonce",

Le tapin pour les filles,

Le "casse" de pharmacie quand c'est facile. Il existe
même un marchandage de bons tuyaus,

La vente de fausses ordonnances fabriquées ou volées,

Les équivalents temporaires : la vie avec quelqu'un qui
a de la "fraiche" (ou argent ou came) ou le médecin marron,

Les deux premiers temps coïncident dans le réel vécu,
la quête s'accélère avec l'intensité du manque qui s'accroît devant
les difficultés, entraînant la nécessité impérieuse de transformer
n'importe quoi en came-fric.

- L'échange : temps intense accompagné de l'angoisse, essentielle-
ment liée à la peur du "flic", à l'arnaque, au manque :

La reconnaissance des protagonistes par signes de
connivence.

Temps bref,

Examen de la poudre : visuel : blancheur, grain, quan-
tité ; gustatif : amer, sucré, autre ; l'examen de la poudre, du fait
de la qualité de la répression n'a souvent plus lieu, le toxico s'en
remettant totalement à son dealer. En effet, c'est un moment privi-

légié pour le "chasseur de toxique", car le produit apparaît un bref instant à la vue de l'observateur : cf. Les documents filmés présentés à TF1 le 21 août 1977.

Le prix : convenu d'avance pendant les processis de recherche.

Quelques paroles de l'ordre de la banalité,
L'échange proprement dit (poudre-fric).

- Le shoot : soulagement de la tension assouvie sans retard sur les lieux même de l'échange ou ailleurs (très souvent des toilettes).

Préparation du shoot :

Un coton, une petite cuillère, une bougie, une allumette ou un briquet, un diluant (de l'eau du robinet ou autre), une shoo-teuse, la poudre, un garrot (accessoire, ceinture, cravate, etc.)

La préparation du shoot, méticuleuse, conditionne la bonne qualité des effets :

La poudre dans la cuillère, le diluant dans la shoo-teuse puis dans la cuillère : chauffage du mélange ; aspiration du liquide à travers un coton pour éviter les "poussières" et conservé pour les jours de manque ; pose d'un garrot (qui devient inutile avec l'expérience) ; recherche de la veine ; "léchage de l'aiguille" quelque fois ; pénétration du vaisseau ; retrait du garrot (accessoire) ; injection lente en plusieurs aspirations : injection : équivalent "masturbatoire" ? ; retrait de l'aiguille, "rincette" du liquide restant dans la cuillère (parfois léchée) conservée sur le coton pour les jours de manque.

Apparition du "Flash", puis prise d'une position confortable : mouvement hors du réel, montée dans la "planète", comme si tout s'immobilisait pour toujours :

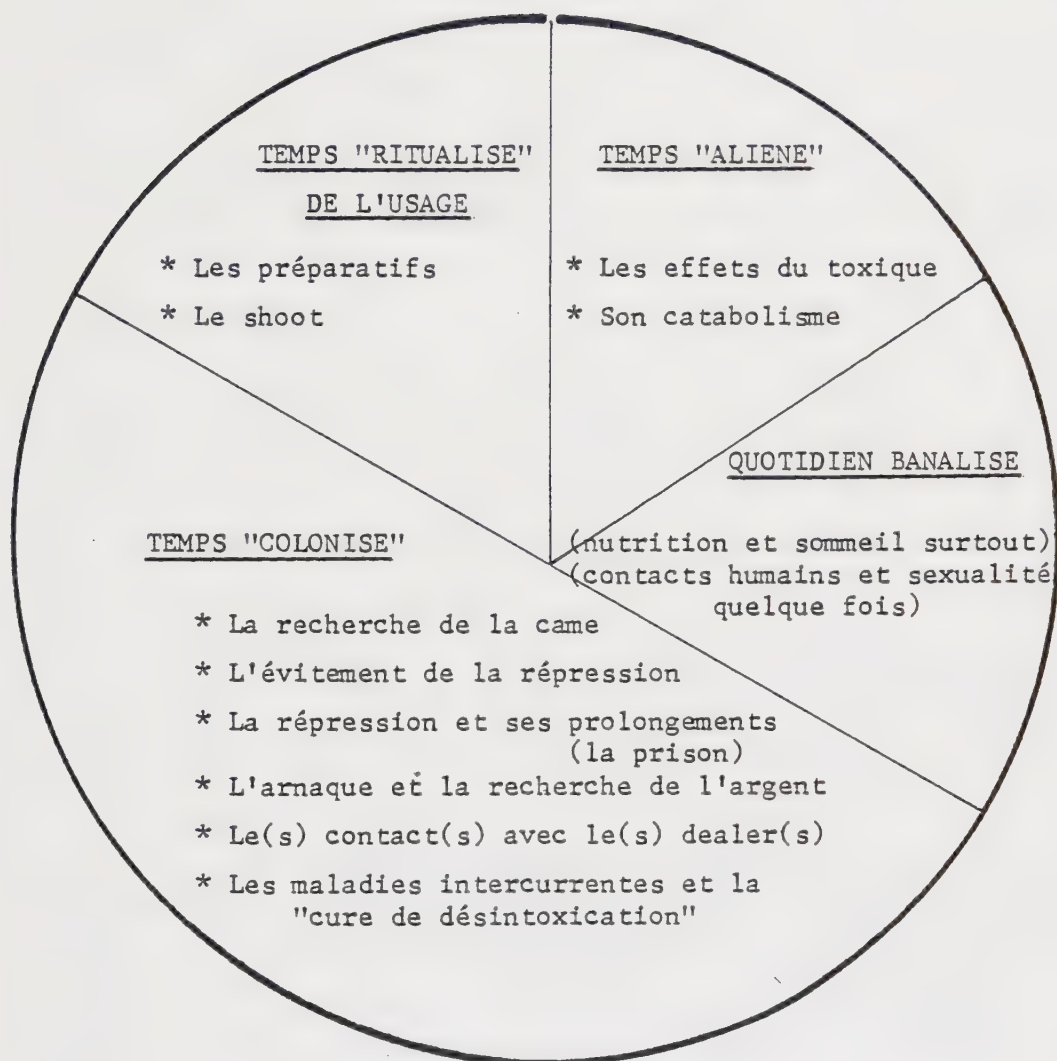
Le temps est "suspendu"

Sensation d'apesanteur (retour in utero)

Sensation d'être enveloppé dans de l'eau tiède, etc...

Temps variable de trois à six heures (ou plus ou moins selon le temps d'usage).

FLASH



DECOUPAGE DE LA BOUCLE TEMPORELLE REALISEE DANS

LA VIE QUOTIDIENNE DU JUNKIE OU DU SPEED-FREAK

Une phase ultime, puis suit : un endormissement spontané, une nouvelle injection... ; Remarque : nous avons connu et W. Burroughs dans son livre "Junkie" en parle, des toxicos à l'image de l'immobilisme qui ne quittaient plus leur lit.

- Répétition dans le même ordre ou dans le désordre de la recherche de la poudre, de la quête de l'argent, de l'échange et du shoot.

- Les parenthèses :

L'arrestation (arrêt répressif) par la police : brève : temps mort, un renseignement (balance) ; ou prolongée : temps de manque, la prison, la cure de désintoxication.

L'overdose : fin du temps, la tentative de suicide, recherche de la fin du temps.

L'accident : reprise ou échec du déroulement du temps trop brutal. Il peut être somatique : hôpital général ; ou psychique : hôpital psychiatrique ou service d'urgence.

Dans chaque parenthèse, sa vie quotidienne ne quitte pas le toxico. La came est toujours là, dans le langage, dans les désirs, "occupant" la vie du junkie qui se transforme dans un ultime effort en came, il s'échange lui -individu- contre la poudre -objet-. Il est transformé en "came", il se consomme lui-même et est consommé.

- réflexion :

L'axe du temps est "tronçonné" en temps vécu sans drogue et temps vécu sous drogue ; balancement entre le déroulement et l'immobilité.

La reprise du "mouvement" correspond dans l'organisme du junk à la fin du processus de désintoxication (catabolisme du produit), à la fin du "séjour dans la planète", aux premiers signes de manque qui va aller en croissant.

Beaucoup ont fait la comparaison suivante :

flash = orgasme de même ordre qualitatif et quantitatif. Séquence du désir :

- Sa naissance :

- . à la fin des effets, réactivation des angoisses du manque de plaisir par retour progressif au domaine du réel, se résumant donc au manque,
- . phénomène de "mise en tension".

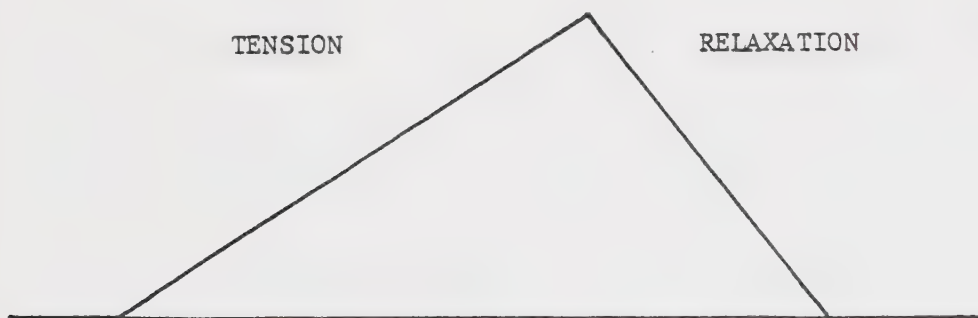
- L'angoisse du manque :

- . la quête est difficile, la came est rare et chère, elle se nomme désir en progression,
- . c'est la phase de croissance de la tension.

- La satisfaction du désir ou plus souvent soulagement du manque :

- . c'est l'apnée,
- . c'est le paroxysme de la tension qui se soulage brutalement suivie d'un temps de relaxation.

EN COMPARAISON :
ORGASME.
FLASH



Processus énergétique d'économie sexuelle

W. Reich in "La Fonction de l'orgasme" (réf. 83 B 1)

Le Flash représente le bref moment du sommet de la tension, l'organisme du toxico a des "milliards de cellules-nova

qui explosent dans son corps, lui donnant la sensation d'"être" l'Univers" (Burroughs), c'est l'explosion dans les limites du corps d'une "énergie fantastique, c'est le "passage" dans la planète".

- l'over-dose : comme over-dose d'immobilité déjà ressentie dans le terme "se fixer" comme l'ultime voyage dans la "planète" celui qui y "fixe" pour toujours.

- fixation qui n'est que relative puisque les effets s'amenuisent ; le temps reprenant le pouvoir sur le déroulement d'une vie et qu'il n'a d'ailleurs paradoxalement pas quittée, mais qui a été "gommée" par la drogue.

Le "décrochage" de l'axe du temps normal étant réalisé par l'impulsion provoquée par le Flash ; mais l'énergie ainsi distribuée va en diminuant jusqu'à disparaître, engendrant à nouveau le besoin d'une nouvelle impulsion-injection d'énergie. Entraînant la dépendance au moyen -la poudre- l'usure des cibles dans l'organisme du junk engendrera une diminution du temps de "séjour dans la planète" jusqu'à ce que le "voyage" soit trop "court" pour conduire à cette même "planète", et qu'il ne reste plus qu'une mécanique usée et fatiguée qui rejoindra la "poubelle" évoquée par le terme junkie (qui signifie en américain : objet au rebut).

Car, si l'illusion de l'appréhension de la totalité pendant les premières expériences peut apporter au junk une relative toute puissance sur le déroulement du temps, celui-ci reprend ses droits universels en détruisant l'illusion par altération chronique du récepteur de celle-ci, c'est-à-dire le junk lui-même !

Emaillée de cassures, l'union junk-héroïne est condamnée à périr par épuisement de la mécanique solitaire focalisatrice de l'énergie procurée par la consommation outrancière de cette union ; la toute puissance du désir entraîne un épuisement de sa satisfaction par "emballement" jusqu'à ce qu'il n'existe plus qu'à l'état de désir perpétuellement inassouvi (ce qui expliquerait peut-être les désintoxications successives du junkie = état de manque chronique).

Le junk se figeant dans ce quotidien routinier, seulement émaillé d'accidents de parcours, prendra le visage de cet "arrêt relatif" du temps avec un faciès morne, atone, vide de toute expression, avare de mots, figé dans une ultime tentative toujours répétée jusqu'à la mort ou la guérison. Ceci traduisant un refus de l'Histoire qui se déroule malgré l'illusion d'appréhension de la Totalité qui se figerait dans un instant pour l'Eternité. C'est ici que se montre la contradiction de l'usager de drogue qui au lieu d'évoluer dans le sens de l'Histoire, c'est-à-dire l'appréhension des moyens d'un mieux être de l'homme sur la Terre, va aller en régressant par la soumission-aliénation à la Toute puissance de son "désir" éternellement insatisfait.

Et l'ultime ruse du junk, la dernière arnaque, sera celle où la mécanique s'arrêtera pour toujours, dans le domaine d'un au-delà qui ne pourra être que l'ultime immobilisme : la mort. Désirée comme un "retour in utero", dernière étape de la régression du junk qui ne peut plus délimiter sa vie en histoire de sa vie, avec naissance - vie - mort, mais seulement comme un instant contenant le tout illusoirement et se répétant inlassablement.

b) La mort chez le toxico :

Sur cette fin du toxico dans la mort beaucoup de controverses ont été dites. G. Devereux, lui, affirme que la "toxicomanie recouvre d'abord et surtout un suicide "perlé", voulu, quoique inconscient" (réf. 15 B 3). Mais la mort n'est que la fin de la vie, espoir de calme et de tranquillité qui se perpétueraient dans l'univers cosmique. Pas encore vaincue, elle existe comme fin ultime de la vie humaine, limitée entre naissance et mort et ne persiste que comme deux bulletins administratifs, trace de l'histoire d'un être. La mort n'a pas de signe dans le langage toxico, elle n'est guère désignée que sous le couvert de "l'over-dose", bien que le toxico sache que ce sera bientôt la sienne, voire même qu'il l'attende comme un prolongement naturel de son "immobilisme", par sa "fixation"

qui le rapproche autant du terme que la mort est "l'immobilisme" parfait, réalisé. Si celle-ci est plaisir, sérénité, calme, tranquillité, le "flash" en est un bref moment où l'esprit et le corps sont en "extase de plaisir" (nous signalons ici le cas d'un garçon qui se faisait toujours des doses d'héroïne à la limite de l'overdose et qui le laissaient en apnée quelques secondes). "Un milliard de cellules-nova" (W. Burroughs) explosent dans le corps et l'esprit, une énergie "cosmique" y pénètre et donne une sensation étonnante d'être PLEINEMENT, TOTALEMENT BIEN, en harmonie avec le cosmos. Mais en fait, cette union n'est qu'illusion et derrière se cache la chose-droque qui a besoin "d'accrocher" l'être humain pour se faire. Celui-ci reste figé, immobile dans un espace et un temps qui se réduisent à un besoin et un manque permanent de désir. Seule la mort brise le cycle, elle devient un moyen pour rompre la dépendance, mais seuls quelques toxicos désespérés se "suicident" par over-dose avec la drogue dont ils sont dépendants, à laquelle ils sont accrochés. Ils vont mourir par contre de sur-doses de médicaments étrangers, par le feu, par la corde, le couteau ou tout autre moyen. Affirmer que la toxicomanie est une forme de suicide -perlé- voulu inconsciemment, nous paraît vite dit : ce n'est qu'une part, certes réelle, dans la mort globale des toxicos. La contradiction dialectique dira que le toxico ayant peur de la mort, lutte farouchement contre le suicide, c'est un anti-suicide chronique, qui comporte des risques, et surtout d'être tellement angoissé par le sens du suicide (la mort) et la recherche désespérante de l'efficacité de la dose initiale contre cette même angoisse, l'"anxiolytique magique", dont il ne peut plus se passer et dont la tolérance est telle qu'il n'aura plus qu'un seul recours mourir réifié ou vivre déréifié.

Laissons écrire ici un speed-freak :

"La défonce est la vraie vie où l'on trouve ce que l'on cherche : le bonheur, plus de soucis, surtout aux speeds enfin. Quel bien-être après un schout (sic), c'est le super flash, surtout aux amphé ou à la coco. On peut faire tout un tas de choses merveil-

leuses". "Quelle joie et quel changement de personnalité après un fix. Rien n'est plus beau que quand le sang arrive dans la shooteuse. On dirait une fleur qui s'épanouit".

Nous répétons ici que le toxico est un individu qui a cru trouver lors de la rencontre avec la drogue un moyen exclusif, universel d'accéder au plaisir et par là au bonheur, monde où l'angoisse est absente, qui ne peut être en fait que la mort ou une régression très archaïque dans un système de dépendance absolue de type "retour in utero". Vu du dedans, le monde du toxico ne contient pas la mort, elle n'y existe pas, bien qu'il soit le Tout, monde réifié. La mort l'englobe et se trouve chez l'autre, celui qui meurt avec sa shooteuse dans le bras, qui a pris "un super pied d'acier", et qui est resté dans sa Planète pour toujours, et ce n'est rien qu'un "accident".

Il semblerait que c'est principalement notre angoisse qui nous rappelle l'existence de la mort sous deux formes associées ; tout d'abord, c'est la transgression de l'interdit, ici et maintenant, frontière légale, culturelle, morale, religieuse (péché mortel des chrétiens); c'est la première catastrophe fantasmée par le non-toxico : "figure exemplaire de la Mort dite, le drogué surgit comme un appel désespéré, cri de Mort vivant encore, strident, long, pathétique, adressé à l'Autre, pour l'appeler à savoir qu'il existe peut-être une autre Vie". (réf. 98 B 1).

D'autre part, par sa déchéance physique et mentale, le toxico dévoile immanquablement l'image de la mort et ses conséquences en soi : l'angoisse de sa propre mort apparaît et sera projetée immédiatement dans le toxico responsable du malaise ; celui-ci agira alors comme perturbateur du groupe social : "Mort unique entre toutes les autres Morts, la Mort - par - la - drogue est en passe de devenir "phénomène drogue". Le Sujet de la drogue appartient déjà à l'anonymat de l'Histoire sous le nom de "drogué". Histoires de sujets sans histoires, les histoires de la drogue commencent à s'écrire ; ... Lieu exemplaire de la Mort dans notre temps, la

Mort par la drogue est entrain d'être évacuée et par le Drogué et par la Société". (Léon Cordet : réf. 98 B 1).

Nous avons entendu dans la bouche des parents "ce gosse il veut ma mort" alors que c'est l'enfant qui est en danger ; ceci, d'ailleurs, allant jusqu'à la rupture relationnelle afin d'éviter la confrontation à l'angoisse contenue dans la progéniture et le renvoi au "spécialiste".

Et pourtant, la mort, là, présente à chaque instant, contient tout le monde du toxico et c'est pour cela qu'elle n'y apparaît pas immédiatement. A la dépendance, il n'y aura que deux issues : "boucler le monde" et mourir ou "l'ouvrir" et "s'en sortir" en rejetant la dépendance, déréification.

c) Espace et temps :

L'espace est le lieu, le volume délimité par un environnement parcellarisé où se déroule inlassablement le temps du toxico et finissent par se superposer : Temps = rythme marqué par le flash ou le soulagement partiel du manque ; boucle unitaire, courte, pauvre en évènements, pauvre en création authentique. Le toxico est dans sa planète où il est seul, où elle est lui = espace plein de vide et clos qui se rétrécit, se rabougrit, se ratatine, où le cauchemar remplace le merveilleux étincellement du début, où la nuit remplace le jour.

Dans le rite, le toxico fige le temps en une image qui devient l'espace d'une réalité parcellaire, image réifiée, tirée du quotidien banalisé : c'est le rituel qui le "fixe" et l'"immobilise". Monde d'aliénation modèle, schéma de régression, le toxique ne s'y représente en fait que comme marchandise, son nom de "came" en argot déjà nous le disait : came = camelotte = marchandise ; donc si toute marchandise est came-drogue ou fac-similé, ceci permet d'une part de maintenir la répression sur une "came" particulière dont

le désir et le bonheur qu'elle contient en sa consommation seront détournés vers une autre "came de service" intégrée au système socio-économique : ceci permettant la séparation entre bonne et mauvaise drogue, système manichéen et archaïque.

L'aliénation du toxico apparaît comme différente de l'aliénation mentale, comme une surenchère dans un moment précis de l'histoire des Hommes où la Marchandise impose ses lois à l'économie humaine : il faut consommer pour produire et non plus produire pour consommer. La confrontation de cette nouvelle forme d'aliénation chez les jeunes avec la folie a été suffisamment démonstrative jusqu'à maintenant. Le toxico ne supporte pas l'hôpital psychiatrique qui le lui rend bien. Est-ce par hasard ? Mais n'a-t-on pas déjà dit la même chose de l'alcoolique dangereux ? Pourtant, il y a désir de la psychiatrie à l'assimiler, à l'introduire dans son monde, là, ici et maintenant. Le toxico est anhistorique, fixé dans sa régression profonde, de par sa consommation abusive = aliénation au monde des choses matérielles. Ce n'est pas un malade mental bien qu'il existe, a existé et existera encore des malades mentaux toxicos. Il y aurait donc possibilité de prise de conscience de soi par dépassement de l'aliénation toxique (cf. W. Burroughs après 11 ans de toxicomanie ou l'article sur l'acceptation de soi et la consommation de drogues fortes de Dollard Cormier in réf. 123 B 1).

La drogue interviendrait comme désorganisateur des conditionnements qui permettent la survie dans le système et engendrerait la dialectique suivante : elle devient le seul repère concret de l'image du monde pour l'individu qui n'a pas de possibilité de totalisation, avec trouble de l'identité, anomalie du Moi, liquéfaction d'un Sur-Moi fragile, etc... Il présentera alors une forme d'aliénation du soi à l'objet-drogue, ce qui peut aller jusqu'à la disparition des limites entre soi et l'objet-chose, l'être humain devient la chose pour la "chose". C'est le premier aspect de l'évolution de la rencontre drogue-individu. Le second aspect, positif, est celui-là :

La drogue est réintégrée dans une conception du monde élargie par l'expérience d'hier, différent d'aujourd'hui et encore plus de demain ; la drogue reste en dehors de soi.

Mais le toxico a déjà pris figure du "malade de la cité" à l'urbanisation débridée, morcelant les cellules humaines, brisant les "clans" et les "tribus" (les quartiers) pour ne laisser que des familles "nucléaires" isolées, séparées, d'où sortent les premiers "sous-produits" prêts à se faire consommer, représentants historiques d'un certain type de consommation, représentants immanents d'une forme de fausse conscience, réificationnelle, conception antidialectique du monde.

d) Toxico et psychose :

Félix Gabel (réf. 40 B 1) dans son approche de la schizophrénie comme forme de "fausse conscience" nous rappelle plusieurs concepts ayant rapport avec le monde résumé en toxique, dans le délire d'empoisonnement :

"Dans le temps vide de l'autisme (cas Jürg-Zünd) le jaillissement du futur est bloqué et le présent enserré entre un passé et un avenir déréalisés et n'est plus lui-même qu'un présent inauthentique, l'état d'écrasement par le monde se traduit par une spatialité de proximité écrasante dont l'homologue est une temporalité d'immédiate urgence".

Si "le temps est ... le milieu de la rencontre valorisatrice et l'espace celui de l'agression dévalorisatrice" nous retrouvons cela chez le toxico qui est seul, ne rencontrant que d'autres "forteresses vides" et qui, figé dans un unique espace, est complètement dévalorisé.

Et effectivement : L'arrêt du Temps (en Moi-Dedans) provoque une spatialisation extrême, le cosmos alors figé, immo-

bile apparaît comme un système fixe où il y a TOUT. Mais le réel (en dehors de Moi-Dehors) entraîne inéluctablement le "périssement" de cette représentation et en tout état de cause, la Mort (fin de Moi-évanouissement du Dedans vidé de son substrat). Il ne reste plus alors qu'à ne plus être ici, maintenant, pour toujours, ou à dire "non" pour être sauvé = reprise d'un mouvement dialectique.

"Dans le délire d'empoisonnement paranoïde, l'impression de toxicité du monde ... traduisait trois faits convergents de l'insertion anti-dialectique dans le monde : le sentiment d'être étranger entouré d'étrangers, l'impression d'être "découvert" par suite de la disparition de la barrière axio-dialectique protectrice de la personne et enfin l'incapacité de structurer tout matériel étranger". "Dire que l'absence d'historicité vraie et l'évanouissement de la praxis personnalisante et valorisatrice dans le monde propre du Dasein le prive d'intimité et de limites précises, et, que l'expérience de perméabilité de cette existence purement spatiale, et partant anti-dialectique, peut dans certains cas se traduire par la crainte délirante de la présence d'un poison..., est une affirmation concrète... qui lie le délire d'empoisonnement au rationalisme morbide, forme pure du spatialisme réificationnel".

Que peut-on dire si le poison devient chose-concrète. Cela semble évident qu'il y ait "absence d'historicité vraie" chez le toxico et qu'il y ait un "évanouissement de la praxis personnalisante et valorisatrice".

On retrouve là "l'abandon du toxico au corps porteur et au devenir anhistorique et le renoncement à l'action volontaire et individuelle du corps en apparition, c'est-à-dire à l'historicité comme Gestalt individuelle", (in réf. 49 bis B 3).

Le toxico pharmacodépendant ne diffère donc du schizophrène que par l'objet de son aliénation, le poison, symptôme abstrait devient symptôme concret, avec identification à son monde,

avec réduction à l'espace du rite de la came sans temps valorisateur et par là, monde antidialectique.

Etranger dans un monde d'étrangers, le toxico ne reconnaît plus l'Autre qu'en tant que "distributeur" de drogue, et n'a plus de contact relationnel avec lui, si ce n'est dans un rapport d'échange came-fric. Les autres ne sont que des étrangers et il est devenu l'étranger pour les autres. Il n'y a plus de communication. Le toxico réifié n'assume plus ses contradictions, il recherche désespérément un TOUT qu'il a conquis ILLUSOIREMENT.

Il ne peut plus "structurer le matériel étranger", ce qui est étranger à la came et à son monde. Le toxico se présente souvent comme une image "photographiée" refusant toute intégration, toute critique, une certaine représentation de l'ennui, comme un spectateur qui aurait avalé, englouti des scènes qui se répèteraient inlassablement. La rythmique des "tu vois" dans le langage du toxico en est une forme. "Un cliché, tu vois, une image, tu vois, etc...".

Comme cette jeune fille C., qui se présentait sous forme de clichés sans contenus, juste les "titres" : elle était :

- écologiste contre la pollution,
- pour la culture biologique,
- pour le retour à la terre,
- pour le mouvement communautaire,

mais son discours n'avait aucun sens, vidé ; elle était dominée par l'Ennui qu'elle "comblait" de drogue, refusant toute pratique, attendant qu'un autre la "pénètre" pour prendre la place de la drogue et l'entraîner dans le mouvement. Passive, spectatrice d'une époque, elle en avait avalé les scènes et les jouaient sans cesse, pour elle-même.

De plus, nous avons remarqué que le toxico s'en "sortait" c'est-à-dire abandonnait la dépendance, uniquement en incorporant un matériel étranger ou en s'incorporant dans un corps

étranger qui pouvait l'absorber, l'intégrer, ce qui revient au même, et en ayant une praxis valorisatrice qui lui permettait de se faire (ou refaire) une identité socio-culturelle dans laquelle il se reconnaissait et l'autre également : lorsque enfin, le toxico devient différent et prend conscience du discours valorisateur possible avec l'autre.

Nous avons tenté ici de montrer qu'il existe un lien, une similitude entre le vécu du toxico pharmacodépendant et le vécu du schizophrène. Cela ne veut pas dire qu'il y ait identité des structures. Il existe des schizophrènes toxicomanes et plus généralement des psychotiques toxicomanes. Et là apparaît une certaine dialectique dans le devenir de la psychose. Nous renvoyons ici à un texte de Jean Oury : "Drogue, psychose, langage" (réf. 98 B 1) dont voici quelques extraits significatifs :

"Il suffit de faire référence au langage schizophrénique avec les néologismes schizophréniques pour voir que l'effort de reconstruction est permanent dans la psychose. Or, c'est ce qui le distingue du monde de la toxicomanie. Ce qui manque dans la personnalité du toxicomane ... c'est la catégorie de l'avoir, c'est-à-dire une possibilité d'introjection. Ce qui est dominant dans la construction toxicomaniacale, c'est la dimension auto-érotique qui semble être... un système régressif qui met en valeur la destruction. C'est dans ce sens là que tout le projet toxicomaniacale est voué à l'échec du fait même qu'il repose sur cette base de destruction ... et que les bonnes intentions restent de bonnes intentions".

Les toxicos dits psychotiques le resteront même si l'on réussit leur désintoxication mais l'on a remarqué deux choses : tout d'abord, des individus manifestement psychotiques, voire schizophrènes avec (par) leur toxicomanie ont réussi à ne pas souffrir de leur délire (en rendant la drogue responsable) et surtout à se constituer suffisamment de défenses pour pouvoir vivre socialement (cf les cas 26 - 29 - 20 - 18). Ceci avait déjà été remarqué au Québec (Canada) (réf. 107 B 1). D'ailleurs, il serait intéressant de comparer la

prise sauvage de drogues (surtout hallucinogènes et opiacés) et la prise "obligée" de neuroleptiques dans les établissements psychiatriques. Il n'existe à notre connaissance que des embryons de recherche à ce sujet (réf. 5 et 6 B 1).

e) Approche psychopathologique :

Nous pouvons nous demander alors : qui "s'accroche" à la drogue ? Les éléments psychopathologiques rencontrés ne sont pas spécifiques et recouvrent toutes les pathologies (réf. 6 bis B 3). Il y aurait des toxicomanes névrotiques, psychotiques, border-line et normaux. "Chez le drogué, dans la toxicomanie, il n'y a pas d'introjection, si bien qu'il n'y a aucune référence à une structure (Jean Oury : réf. 98 B 1).

Mais ce qui nous a semblé primordial c'est le terrain sur lequel va intervenir la drogue. Il nous a paru d'emblée une différence importante avec l'alcoolisme et autres toxicomanies historiques (permanentes dans la pathologie humaine), c'était l'apparition d'une population adolescente et cela au niveau d'échantillons relativement importants dans cette masse nouvelle.

D'emblée nous avons constaté (et ce, à peu près partout dans le monde) qu'il s'agissait d'adolescents perturbés, mais tout adolescent est perturbé à des degrés divers ; qu'il existait une perturbation relationnelle avec l'entourage immédiat et en particulier avec les parents, mais ceci est fréquent pour toutes les formes psychopathologiques classiques. Nous avons souvent remarqué une prévalence de l'image maternelle au détriment de l'image paternelle : Mendel (réf. 66 B 1) et Mitscherlich (réf. 69 B 1) nous démontraient l'évolution vers "une société sans pères" et "une crise de génération". "Mais on doit plonger les pensées importantes dans un long sommeil ou dans un non-lieu, dans le sans père" (Aldo Rescio in réf. 98 B 1).

Nous rappelons ici un texte de Jim Morrison (réf. 18 B 2)

du groupe américain THE DOORS (les portes = les portes de la perception de Huxley réf. 26 B 2) :

La FIN

C'est la fin, mon pote

C'est la fin, mon seul pote

La fin de nos plans

....

Le tueur se levait avant l'aurore...

Et il venait à une porte et regardait dedans, Père ?

Oui, fils - Je veux te tuer !

Mère ?

Je veux te ... (un cri horrifié)

Viens, mon petit, garde une chance avec nous et viens me voir à la porte arrière du bus bleu

....

C'est la fin des nuits où nous essayons de mourir,

C'est la fin.

Aucun élément n'étant spécifique, il nous a fallu chercher ailleurs d'autres causes possibles et envisageables :

- dans le système économique le rôle particulier de la Marchandise et l'évolution des techniques relatives aux psychotropes dont il ne faut pas nier le rôle dans le marketing international (réf. 15 - 9 - 50 - 44 B 1).

- une nouvelle relation médecin-malade ; l'omnipotence pseudo-scientifique du médecin (réf. 29 B 1) et l'orientation idéologique de ses thérapeutiques (réf. 80 B 1), c'est comme par hasard dans celles qu'il a déclarées mauvaises que piochent les toxicos ; et il suffit qu'un nouveau produit engendre quelques toxicomanies pour qu'on y ajoute l'étiquette "stupéfiant" (il n'est qu'à constater les avatars de la métaqualone ou d'un produit encore plus précis comme le Thymergix^R).

Puis, malgré les classifications savantes du Docteur Oughourlian (réf. 75-76 B 1) des toxicomanies contemporaines (hippy, junkie, speed-freak, polytoxico...), nous avons pu constater une pérennisation du phénomène toxicomane dans l'histoire humaine : sur le cadavre des uns se dressent les autres. Le phénomène actuel a le même aspect que de tout temps (cf. G. Devereux dit pour parler de la toxicomanie : "on n'a que trois alternatives : on peut provoquer tant de réactions affectives que tout raisonnement devient impossible, on peut mentir sans vergogne en dispensant de l'eau de rose synthétique et, enfin, on peut dire la vérité en discutant la faille profonde dans tout être humain et dans toute société que révèle l'existence de la toxicomanie, mais en ne mettant en cause que les conflits, les croyances, les "philosophies" d'une autre époque que la nôtre" réf. 15 B 3).

Mais le phénomène actuel s'enrichit de données nouvelles, peut-être comme le souhaite Michaux, les drogues ne nous ennuieront-elles plus avec leur Paradis et nous apporteront un peu de savoir.

Ces éléments nouveaux sont essentiellement la masse de leur consommation et la variété des drogues utilisées et ce, dans un certain système de production des marchandises et de leur consommation.

Si les adolescents sont les plus curieux dans ce domaine, les adultes ne sont pas épargnés par cette consommation globale des psychotropes pharmaceutiques, de l'alcool, du tabac, du thé, du café, du chanvre indien, de la coca, de la noix de kola, etc... dans le monde. Et nous ne faisons que constater tous les jours que la dépendance aux produits illicites peut se remplacer par une dépendance légale aux psychotropes en service et ceci représente une forme d'institutionnalisation de la consommation-vente des psychotropes qui depuis 1970 a été continuellement croissante.

S. a fait deux ans de "morph" (morphine) à la "shooteuse", cinq désintoxications avec des produits de substitution

"antidotes". Actuellement, elle ne consomme plus que ces "médicaments" à type neuroleptiques, tranquillisants, alcool sans oublier la métaqualone et, demandant à s'en sevrer, elle reçoit les mêmes "thérapeutiques" dans une combinaison différente. La tentative de sevrage n'a duré que le temps d'en élaborer le désir. Son monde réifié n'a pas changé.

Mais où va être pris en charge le toxico ? Dévoré par la psychiatrie, il est aussitôt vomie par elle et il se ballade d'institutions psychiatriques en institutions de toutes sortes, mystiques, familiales, spécialisées en toxicos, secteurs psychiatriques, "communautés thérapeutiques", etc... Il en ressort "tout puissant" "personne ne peut rien pour moi" "je ne peux pas m'en sortir" "je suis toxico" seule "étiquette" diagnostique constante qu'il a reçue, pris en charge ou rejeté pour cela, il en a conçu une identification secondaire alors qu'il est adolescent, en pleine crise, qu'il cherche son identité, qui est-il ?

Partout, au nom de l'échec permanent (seulement 10 à 30 % s'en sortent), de l'anonymat strict (loi du 31.12.1970) et devant l'élargissement du groupe où il vit, il renforce cette fausse identité avec l'aide des mass-média qui en font le héros sombre de notre vie quotidienne. Et puis, il y a la sous-culture, l'"Under-ground" à qui il cherche à ressembler et dont les héros sont tous morts à 27 ans d'over-dose : Jimi Hendrix (en fait, il est mort accidentellement de "fausse route" après une intoxication éthyle associée à des hypnotiques : réf. 22 B 2), Janis Joplin, Brian Jones, Jim Morrison, etc... (réf. 84 B 3).

"Ainsi, la lutte contre la drogue, de même que la lutte contre la pornographie, remplit la tâche iconoclaste d'une société, à cause de l'image que le miroir jette devant elle. Bien plus, l'Etat se qualifie comme tel, c'est-à-dire de façon idéaliste par la primauté de la production et du débit de la drogue... La question de la drogue entame l'organisation politique et sociale

des Etats européens. Plus exactement, le "phénomène de la drogue" est un symptôme, le symptôme dans lequel éclate la société occidentale" Armando Verdiglione (réf. 98 B 1) et il ajoute encore : "c'est pourquoi le "corps du drogué" doit offrir à la société occidentale le spectacle de l'impureté par l'inscription de la folie".

C - Analyse du phénomène

"STONE - Branchez-vous sur l'underground ; lisez X... le mensuel qui ouvre la conscience et qui fait tripper".

Slogan publicitaire !

1 - Toxicomanie et Culture :

a) Vision du monde toxico :

Si le toxico représente un spectacle, quel est-il ?

A travers son discours (car s'il n'a pas de langage il parle) à travers ses comportements et ses affects, il délimite une certaine vision du monde. Nous avons constaté dans sa vie quotidienne que l'espace et le temps se réduisent à une boucle immobile, fixe, "éternelle", image d'un monde illusoirement réel. Il s'apparente à un mode de vie, au culte de la marchandise idéale, souligné par les rites de son usage, et c'est le rituel seul qui historise le phénomène drogue. En effet, viendra le moment où le toxico en tant qu'être humain, ne sera plus, il deviendra drogue, "consumé par elle" (G. Bataille réf. 3 B 1) ; ou comme pour Daumal, le poète surréaliste : "La drogue n'est pas domestiquée, mais elle ne concerne si étroitement que lui, dans sa courbe en dents de scies, qu'il est devenu drogue, de même que détruisant méthodiquement sa beauté, il est devenu son envers : épouvantail" (réf. 108 bis B 1).

C'est alors un monde sans communication où ne persiste que l'"arnaque". L'autre n'est plus que pourvoyeur, "porteur de drogue", le toxico s'identifie alors ou plutôt se "calque" à son dealer, pourvoyeur, pour mieux le "posséder", pour être sûr qu'il va lui fournir sa came. Tout en échange de Rien. Le toxico se transformera au gré du moment en n'importe quoi transformable en came : voleur, putain, fou, génie, etc.

"En fait n'importe quoi est échangeable contre la came, le fric, les chaussettes, soi-même, tout se vaut et vaut juste une chose : un shoot, la came est ultime. Tout est interchangeable avec rien" (D. Christian réf. 15 B 1) et "Le contact avec le rien est rendu possible idéalement, par le gain du tout de la drogue" (A. Verdiglione réf. 98 B 1).

Là se tient la toute-puissance du junkie, et aussi sa solitude car la seule communication, au travers du "voile*" devant le réel, se tiendra TOUTE dans la chose qui l'aliène. Il n'y a plus alors de communication authentique entre les individus, c'est la quotidienneté de la solitude poussée à l'extrême ; il n'y a même plus de désir de l'autre, la marchandise l'a possédé, et il n'en n'éprouve plus qu'un manque permanent de désir, le seul lieu reste la drogue qui si elle manque "pour de vrai" conduira le toxico dans un monde de zombie, mort-vivant.

b) Culture - sous-culture - déculturation :

Cette vision du monde s'inscrit dans un champ culturel :

Classiquement, les média ont représenté la drogue dans une certaine sous-culture : "l'under-ground" qui se caractérise

* Clara Malraux : "Il est évident que la vie est assez difficile pour que ça justifie qu'on essaie de mettre un espèce de voile entre soi et la réalité".

Françoise Sagan : "La vie actuellement (en 1969) est tellement accablante que l'on a besoin de quelque chose entre la vie et soi" (réf. 108 bis B 1).

elle-même par un mode de vie. Il est intéressant de noter la différence entre ces projets et ce qui se passe dans le monde réel du toxico confronté à cette sous-culture.

Il faut tout d'abord resituer le phénomène drogue dans son contexte historique. Déjà, dans les années 50-60, les organismes internationaux (l'O.M.S. entre autre) avaient constaté une très nette recrudescence de la toxicomanie dans les populations d'adolescents du monde entier et principalement aux Etats-Unis. L'ouvrage de J. A. Prevost : "Opium monnaie forte" publié en 1962 soulignait cette particularité (réf. 79 B 1). Ceci correspondait à la même époque à quatre phénomènes importants tout d'abord aux Etats-Unis puis qui touchèrent très vite les pays européens :

- la grande épopée de la "rock and roll" musique, agressive et violente, expression d'une certaine jeunesse.

- "blousons noirs et dorés" qui ne se droguaient pas : "L'absence d'alcool sera peu remarquée : on sait qu'en France, pour tout casser, la jeunesse des bandes n'a même pas besoin actuellement du secours de l'alcool. Les blousons noirs semblent avoir rompu avec la tradition française d'alcoolisme populaire... ; et n'en sont pas encore, comme la jeunesse américaine, à l'usage de la marijuhana ou de stupéfiants plus forts. Quoique engagés dans un tel passage à vide, entre les excitants de deux stades historiques distincts, il n'en manifestent pas moins une violence" (avril 1962 - in réf. 106 B 1).

- le mouvement "beatnick" et ses cortèges de "routards", suite "américaine" au mouvement surréaliste européen. "Sur la route" de Jack Kérouac (réf. 29 B 2) date de la fin des années 50 et sera la "bible" de nombreux chevelus barbus errants et marginalisés des années 65-72 en France et ailleurs. Dans les années 60, T. Leary (réf. 53 B 1) puis le mouvement hippy, lancèrent "le peace and Love" et surtout la mode des hallucinogènes (L.S.D. 25 - Peyotl - Mescaline). Pour mieux comprendre le contenu de ces époques et

ses conséquences culturelles, l'on peut consulter les ouvrages suivants :

- . "Je voudrais regarder Dieu en Face" de M. Lancelot (réf. 51 B 1)
- . "Apo 33" de W. Burroughs (réf. 7 B 2)
- . "Les portes de la perception" de A. Huxley (réf. 26 B 2)
- . "Les clochards célestes" de J. Kérouac (réf. 28 B 2)
- . "TOUT le livre des possibilités" (réf. 9 B 1).

- la guerre au Vietnam et l'intoxication massive à la Marijuhana et surtout à l'Héroïne des jeunes soldats du contingent américain. Les estimations globales sont très variables mais les chiffres de 80 % du contingent touché par la marijuhana et de 12 à 20 % par l'héroïne sont très souvent cités. Sans compter l'importance prise par le Triangle d'Or dans la production mondiale d'opiacés, (réf. 50 B 1 - 102 B 3).

- les expérimentations militaires sur les drogues à des fins stratégiques. La France aurait abandonné ses recherches en 1970-72. Sans oublier les recherches psychopharmacologiques qui ont suivi l'usage des neuroleptiques en psychiatrie (réf. 5 - 6 - 30 B 1). Nous n'oublions pas d'ailleurs, en 1969, notre rôle de "cobaye" dans l'expérimentation contrôlée d'une drogue à des fins militaires qui était destinée à tenir "vigilant" plus longtemps les soldats en campagne.

En France, le phénomène commença à s'amplifier au cours de l'année 66. Les média s'en emparent le 21 avril 1966 par un article du Dr Escoffier - Lambiotte : "Les poisons de l'esprit" paru dans le Monde. Le Dr Bensoussan, psychiatre à l'hôpital américain de Paris lance son "cri d'alarme". Les réactions ne se font pas attendre, le 21 juin 1966, le L.S.D. 25 passe au tableau B. Le 24 décembre 1966 suivent les déclarations du conseil municipal de Paris (parues dans le Bulletin municipal officiel) in Presse et L.S.D., Pouvoir et L.S.D. (réf. 6 B 1).

Puis ce fut l'éclatement des événements de Mai 68 et le brassage socio-culturel qui s'en suivit principalement parmi les jeunes où se répandit alors le slogan "drogue = révolution", et frustrés de leur révolution dans le réel, les jeunes allaient la réaliser illusoirement dans la consommation massive des drogues en tout genre, mais l'illusion fut souvent mortelle. Lire pour cela "Les déclassés" de J.F. Bizot (réf. 3 B 2) ou la presse under-ground des années 68 à 74 (réf. 103 - 107 - 109 B 1).

Puis il y eut les morts par overdose dans le midi, et le 31 décembre 1970, pendant la nuit de la Saint-Sylvestre le vote de la loi encore en vigueur aujourd'hui.

Durant toutes ces années s'est installé en France et ailleurs le "Pop système" : ses musiques planantes, "cool" (Pink Floyd, etc.) jusqu'au rock allemand d'aujourd'hui, "freaky" "funky" musiques de Jimi Hendrix, le "hard rock" des Rolling Stones, des Doors, etc... qui vont jusqu'à la Punk Music d'aujourd'hui encore plus dingue, encore plus sauvage, plus révoltée, plus violente, plus "speedée" répandues par les L.P. (disques 33 tours) et les festivals, sa littérature "under-ground" et toutes celles afférantes, la S.F. (science fiction), la B.D. (bande dessinée). Et surtout son mode de vie : la communauté, le retour à la campagne, l'amour libre, le mode du SUPER, de l'HYPER (hyper-supermarché) repris par les vendeurs de marchandises dans les grandes surfaces, et ces quelques lignes d'un speed-freak :

"Le super flash, c'est le super délire et le super c'est quand le sang s'épanouit dans la pureté du speed, une fleur qui s'épanouit dans la shouteuse (sic) le 18.11.1972.

Pendant ce temps, le SENSATIONNEL PHENOMENE DROGUE fait la une des journaux, hebdomadaires et émissions télévisées, et il paye. Alors dramatisons encore le drame quotidien jusqu'à le sortir de l'Histoire pour en faire un objet de plus à consommer. Et nous avons vu pendant nos cinq années de pratique les résultats : une augmentation massive de cette nouvelle consom-

mation à la mode tant par le produit -drogue- lui-même que ses sous-produits. Et, si il existe une certaine curiosité de "gôche" qui rejoint celle de "l'exotisme". Et si nous avons pu constater que la toxicomanie cachait un certain projet "révolutionnaire" avant 1972, depuis, celle-ci cache de plus en plus la misère culturelle, et, présente un aspect de déculturation prononcée (au sens péjoratif et privatif). Le toxico d'aujourd'hui ne sait plus pourquoi il se drogue, d'ailleurs il ne se drogue pas, il se "défonce" ; le but n'est pas de voir le monde différemment mais de ne plus le voir du tout, de combler le vide de l'ennui par un autre néant.

Ce qui nous éloigne encore plus des RIMBAUD des temps modernes (ce que désiraient être les "Beatnicks") ou encore de la richesse culturelle que nous a donnée le XIXème siècle et la première moitié du XXème siècle avec ses poètes maudits, tous drogués, certains en sont morts, d'autres se sont suicidés : Baudelaire - Nerval - Rimbaud - Maupassant - Daudet - De Quincey - Appollinaire - Daumal - Gilbert Lecomte - Michaux - Malraux - Sagan - Burroughs et la liste est longue, bien longue et elle continue. Freud lui-même a consommé la Cocaïne plus de trois ans "pour l'aider à écrire".

Bien sûr, on peut rencontrer des créateurs géniaux et toxicos, mais le génie n'est pas dans la drogue et la drogue n'a pas la magie de le faire éclore. Bien au contraire, elle le grignoterait plutôt jusqu'à l'éteindre.

A cette discordance entre la "richesse" spectaculaire et la "pauvreté" réelle du junkie ou du speed-freak apparaissent plusieurs causalités. La première se contient toute dans la boucle spatio-temporelle de leur vie quotidienne qui réduit tout, comme un rouleau compresseur écrasant tout sur son passage. Il n'y a plus d'ouverture sur le monde, le toxico par son rôle social, par ses us et coutumes, restera seul. Si au début de son usage, il peut être imprégné de cette culture sous-terrine très vite il sera étranger à toute forme de culture. Il ne lui restera que l'assimilation au synthétique, monde des objets marchandises ; esclave, il ne se composera que de "terreurs" et s'il cherche

à s'échapper ou s'introduire ailleurs, il ne fait que resserrer le noeud coulant du piège dans lequel il s'est pris. Fini le rêve de Michaux : n'y a-t-il donc pas de "savoir" que la drogue puisse nous apporter ? Peut-être nous montre-t-elle seulement comment l'homme prétentieux peut périr aveugle, il nous reste encore à savoir pourquoi son regard ne s'ouvre-t-il pas.

Comment briser l'aliénation, la dépendance qui mènent inévitablement au sacrifice de soi à la chose-drogue, ce sacrifice étant lui introduit dans la culture comme le fondement même de sa sécurité et donc de sa perpétuité. Le sacrifice est dans le rite exercé par la victime elle-même désignée, choisie, isolée par les lois qui régissent les hommes (sélection des drogues "interdites", tabous). L'application de la loi du 31.12.1970 réclamant l'"anonymat" propose une sur-identification groupale qui prend le dessus de la véritable identité du toxico, allant jusqu'à l'effacer, la gommer totalement (système britannique ou ce garçon : cas n° 18 qui nous demandait une "carte d'identité de toxico" officielle). Et il va aller de rejet en abandon, en exclusion, inspirant la méfiance même pour ses plus proches, les jeunes qu'il fréquente et même pour les institutions médicales spécialisées qui se refusent à l'absorber.

Bien que cette identité soit toujours aussi fausse, elle n'est que projection du non-toxico sur le toxico, ce dernier en effet ne reconnaîtra cette identification secondaire que lorsqu'il sera soumis à la pression des autres, du monde du Dehors. Cette prise de conscience apparaît tardivement et presque toujours comme une révélation, contre laquelle d'ailleurs il va lutter ou du moins essayer pendant un temps, qui correspondra souvent à un sevrage. Mais pour combattre le "dehors" et l'image qu'il envoie du "dedans", il faudra tenir compte de la dépendance et des émissaires désignés par le groupe social pour assister le toxico dans sa lutte. Ainsi, l'issue sera inmanquablement une défaite d'autant plus cuisante que la dépendance devient un système en soi et en dehors de soi, le toxico devient un produit nouveau qui de consom-

mateur idéal se retrouve consommé idéal que cherchent à consommer les institutions en place (et réciproquement). Ainsi, du toxico, l'on ne connaîtra que son visage, sa représentation ; son corps intime sera ignoré et nous échappera totalement.

2 - Réflexions sur l'adolescent toxico :

a) La "personnalité" adolescente et le contact toxique

Tout d'abord, une première constatation, ce n'est que depuis "l'ère d'abondance industrielle" que l'adolescence prend une place de plus en plus importante. Sa place est nouvelle dans les différentes tranches de la vie et elle prend une longueur relative dans le temps de plus en plus longue. Si l'on prend pour début de l'adolescence la puberté qui d'après les spécialistes aurait tendance à apparaître plus tôt que jadis, de 11 à 13 ans en moyenne ; celle-ci se prolongera graduellement jusqu'au stade adulte, qui ne sera complètement atteint que lorsque l'individu aura passé les différentes épreuves (vagues caricatures des rites initiatiques) jalonnant le chemin vers l'autonomie et la responsabilité de l'adulte, considéré comme tel. Ce processus de maturation de la personne interviendra à plusieurs niveaux, créant par ailleurs des décalages avec le monde adulte représenté par les parents ; tout d'abord, la sexualité, elle s'exprimera mieux et de façon beaucoup plus précoce, créant un premier sujet de conflit avec la famille ; les différents rites religieux, type confirmation puis première communion ; ensuite la majorité à 18 ans, responsabilité politique nouvelle ; puis viendront les débuts dans le monde du travail (accession à la responsabilité de la production) les passages de diplômes, le service militaire, le permis de conduire et le mariage ne feront qu'entériner le statut d'adulte. Nous remarquons tout d'abord que la limite d'âge marquant la fin de l'adolescence est repoussée d'autant plus loin que celui-ci fera une formation plus complète, plus poussée et surtout lorsqu'il sera étudiant. Il n'y a donc pas une limite mais des

limites qui varieront entre 18 et 25 ans, voire 30 ans pour certains. C'est dire que pour une grande majorité, elle durera en tout une bonne dizaine d'années, ce qui n'est pas sans poser de problèmes à l'individu lui-même (crises, changement d'orientation brutal, etc.) et à la société qui devra tenir compte de ce nouvel échantillon de masse (surtout au niveau économique, ce que nous verrons plus loin).

Que se passe-t-il au moment de l'adolescence de l'être humain ? Nous empruntons à G. Mendel (réf. 66 B 1) les formulations des cinq étapes de la formation de la "psyché" :

- les six premiers mois de la vie : l'angoisse est réveillée, amplifiée dès l'apparition des frustrations. Il s'agirait d'une sorte de Pré-moi sensoriel et sensitif où le monde est séparé manichéennement en bon et en mauvais ; sur lui, doit s'intégrer l'agressivité avec le début du Refoulement.

Transition de l'anobjectal au pré-objectal qui correspond au MOI-TOUT fusionnel sans limite, infini.

- étape objectale orale, ambivalente :

- . clivage du MOI-TOUT en MOI-sujet et MOI-objet par refoulement de l'Inconscient et début de la perception-conscience avec nostalgie fantasmatique de la période MOI-TOUT.

- . renforcement du MOI par les expériences gratifiantes avec le monde extérieur (réassurance par les limites du corps contre l'angoisse du morcellement). Parenthèse : "pour le toxico pharmaco-dépendant, il y aurait refus de développer le MOI-objectal, avec une haine mortelle à l'objet, devenu le GRAND FRUSTRATEUR, l'empêcheur de tourner en rond ; il opposera alors aux plaisirs donnés par la réalité l'extase paradisiaque du monde fantasmatique dont la nostalgie deviendra pour lui incoercible : nostalgie du "paradis" et haine de l'objet seront les deux piliers de sa vie psychique".

On peut faire remonter à cette phase objectale orale bien des oppositions qui, ultérieurement, sépareront les hommes,

y compris celle qui sépare les "réalistes" qui veulent améliorer leur position à l'objet et les "utopistes" qui désirent en fait, quelle que soit leur rationalisation, la destruction du monde objectif et le triomphe du MOI-TOUT magique et mégalomane infantile sous forme rationalisée de l'Absolu, de l'Idéal, du Parfait".

. maturation du MOI en rapport direct avec la qualité de la relation à la mère.

- Prévalence du MOI-moteur :

- . éducation de la continence, étape sphinctérienne,
- . développement moteur (verticalité, la main commence à prendre, image du corps),
- . renversement affectif de la mère vers le père (son image externe) investi comme un représentant de la relation du MOI-moteur au monde, de la maîtrise et du contrôle de sa relation au monde. Pour être vraiment deux (mère - enfant distincts) il faut déjà être trois (mère - enfant - père).

- Le conflit oedipien :

- . les séquelles de l'identification au père étant le SURMOI, qui interdisant l'inceste bloque le désir de régression,
- . Moi phallique oedipien.

- Le renforcement oedipien à la puberté :

- . l'influence socio-historique (socio-économique de l'histoire en création) joue un rôle prépondérant,
- . renaissance du désir incestueux de faire l'amour avec sa mère, refoulement et sublimation, dépassement qui marqueront la fin de cette dernière étape.

Cette dernière étape se jouera donc tout le long de l'adolescence, et il n'est plus à démontrer l'évolution de notre

société vers une société sans pères (A. Mitscherlich réf. 69 B 1) et G. Mendel dans "la révolte contre le père" et "crise de générations" (réf. 66 B 1).

H. Marcuse (réf. 59 bis B 1) qui a marqué la réflexion des années de l'après mai 68 préconisait un monde de pulsions partielles réalisées, un monde de barbarie révolutionnaire qui déboucherait sur le nouveau monde civilisé. Cette barbarie existe, malgré lui et se retrouve dans les phénomènes sociaux de la délinquance, de la violence, de la toxicomanie.

Le monde des adultes d'aujourd'hui se trouve plongé dans "le désarroi que reflètent leur passivité profonde devant les grands événements du siècle, leur mentalité de spectateurs et de consommateurs. Ce qui les a le plus surpris dans les événements de mai 68, c'est qu'on puisse désirer être acteur de sa propre vie et commencer de réaliser ce désir" (réf. 66 B 1). Les adolescents seraient en 67-70 et encore plus justement de 70 à 77, une génération sans héritage (frustration induite par la castration du père par la techno-industrie). En 1977 les adolescents de 67-70 sont devenus des adultes, d'autres sont et seront toujours de "grands adolescents", certains essaieront d'être en permanence de (et dans) leur Temps, une grande quantité sont morts ou flippés, toxicos, aliénés, etc... "Être acteur de sa propre vie" est l'argument révolutionnaire héritage de mai 68, mais où cela mène-t-il ? Que va-t-il se passer, que s'est-il passer ?

Le toxico, à sa manière, désire être à tout prix l'acteur de sa vie et il le prouve par bien des manières. Certains réussiront à franchir l'épreuve, d'autres non et glisseront irrémédiablement dans le domaine de la régression : "il s'agirait d'une régression qui vise à détruire la société, l'image paternelle, les traditions, le MOI dans un retour au non-être vécu comme une fusion avec la mère archaïque, voire qui vise à un retour dans la MERE", un retour intra-utérin.

L'on peut sans se tromper affirmer aujourd'hui l'existence d'une "classe d'âge adolescente" qui est ainsi isolée avec

avec un 'même obstacle : l'impossibilité de franchir le pas oedipien, puisqu'il n'y a plus de Père, une même défense conjugant à la limite des processus complémentaires de type mélancolique et paranoïaque ; un même fantasme inconscient du groupe : nostalgie d'un état de passivité absolu où le sujet, pressé comme un petit chiot contre ses frères et soeurs, serait comblé de tous les dons de la MERE "bonne" archaïque, toute génitalité exclue ("La vierge Marie") ; et finalement avec l'appoint des stupéfiants, s'abîmerait, s'annihilerait, perdrait toute conscience au sein d'une ataraxie extatique et nirvânique, dans le sein maternel" G. Mendel

L'adolescent qui est en "crise" par définition doit affronter en plus une crise de génération qui le contient mais en même temps le dépasse : confronté à l'expérience de la drogue, qui de plus en plus de nos jours devient banalisée et normale, quel est celui qui deviendra toxico et surtout toxico pharmacodépendant ?

b) Le terrain :

- Trouble de la personnalité :

C'est celui-là que le Dr Olievenstein désigne comme l'adolescent à "haut risque", malheureusement il ne peut être isolé la plupart du temps qu'à postériori, c'est-à-dire lorsqu'il sera déjà bien "enfoncé" dans le processus toxicomane.

Tout d'abord, contrairement à l'habitus, ce n'est pas toujours et d'emblée un marginal, il le deviendra certes mais rejoindra ce que nous avons appelé les "déviationnistes" de la marginalité. Son origine sociale n'a absolument rien de spécifique si ce n'est qu'à priori (à priori seulement) ils semblent plus provenir des classes extrêmes de la société (les milieux les plus favorisés et les plus défavorisés) : de toute façon, les toxicos pharmacodépendants finiront par se rejoindre par nécessité (besoin pour l'approvisionnement) et par les "refoulements successifs" des différents groupes dans ce que nous appelons la "zone toxico" qui ne

se délimite pas géographiquement mais qui réunit un certain type de vie quotidienne.

Notre médecine étant causaliste, quelles sont les causes de "l'accrochage" à la drogue comme seule solution (autothérapeutique) en opposition flagrante avec le réel et irrémédiablement vouée à l'échec (du moins aujourd'hui) ? Il y a toujours sous-jacent un "besoin de régresser", de rester un petit enfant, tout puissant et de "manger" cette nourriture qui donne les yeux émerveillés, qui provoque "un super-pied d'acier pas possible", qui fait "planer". Mais chaque adolescent ressent ce besoin à un moment ou à un autre. Cette régression peut être brève, provisoire et très rapidement dépassée en gardant les profits de l'expérience ainsi menée : une étude canadienne (réf. 117 B 1) montre en effet qu'une partie des utilisateurs surtout les toxicos aux hallucinogènes, ressortent de leur aliénation à la chose-droque enrichis et beaucoup plus affermis dans leur MOI-propre (action desinhibitrice et résiliatrice d'un conflit intrapsychique).

Soit elle s'installe avec la dépendance qui devient rapidement impossible à réduire et ici, nous trouvons deux aspects particuliers : tout d'abord ceux qui présentent une composante de type psychiatrique déjà connue ou qui se révèle par l'intermédiaire du symptôme toxicomane, ensuite ceux qui sont mal ou pas du tout informés (l'on pourrait dire qu'ils ont reçu une éducation excessivement lacunaire, ils ont de grands "vides").

Freud disait que "l'éducation ne se comporte pas autrement que si l'on s'avisait d'équiper des gens pour une expédition polaire avec des vêtements d'été et une carte des lacs italiens" (réf. 35 B 1), mais pour ces jeunes, l'on pourrait dire qu'ils n'ont ni vêtements d'été ni carte des lacs italiens, et qu'ils n'en ont même pas la notion. Ils sont sans défenses contre les problèmes de réalité et surtout contre l'agressivité du groupe social ; c'est dire alors la constatation de l'absence quasi-totale des éducateurs et parents soit par un morcellement extrême

de ceux-ci (ce qui n'engage en rien leur authenticité et leur validité d'éducateur) soit par un abandon pur et simple (cf cas n° 16).

C'est d'ailleurs pour ces cas que la prise en charge socio-éducative risque d'être la plus efficace.

Mais ce qui semble jouer pour ceux qui vont "s'accrocher" c'est la structuration du MOI, particulièrement quant au Plaisir-Déplaisir.

Si le Moi fonctionne, il pourra résister à la découverte soudaine et sans préparation des facteurs inhibiteurs (et en particulier à la notion de plaisir tabou, interdit ; trouble de l'identité réf. 129 B 3) ; par contre, si le Moi est fragile ou en situation de fragilité par une cause annexe, dépression réactionnelle en particulier, ou encore non-existant, la dialectique compréhensive ne fonctionnera pas et figera l'individu dans un processus réificationnel de toute-puissance fantasmatique renvoyant à une régression très archaïque.

- troubles de l'identité socio-culturelle :

Mais ce qui nous a paru encore plus évident, et cela va dans le sens d'une sorte de "défaillance" socio-culturelle chez ces jeunes, c'est le trouble de l'identité sociale qui est souvent la cause principale, voire unique d'un abus de toxiques.

Lorsque Freud disait : "il est impossible d'admettre (et ce, une bonne fois pour toutes) que les facteurs économiques soient les seuls à déterminer les comportements des hommes dans les sociétés", il n'écartait nullement son rôle dans le déterminisme des troubles psychopathologiques. Et l'Economie se joue entre l'Homme et la Nature d'abord, et ensuite entre l'Homme et la Nature "synthétique", c'est-à-dire celle qu'il a inventée et qui prend le dessus bien souvent sur la Nature "naturelle". Reprenons A. Mitscherlich (réf. 69 B 1) : "L'ampleur de la conscience n'est manifestement pas fixée de façon définitive, elle varie

d'individu à individu, de culture à culture, et l'on ne peut guère contester qu'au cours de l'histoire elle a étendu son domaine face aux processus psychiques inconscients, et tout spécialement là où la culture a superposé de façon décisive au milieu naturel ce qu'Alfred Weber a appelé une seconde nature : qui est celle du monde technique", ce que nous appelons, nous, nature synthétique et qui tendrait à faire disparaître la dialectique naturelle à son profit, cherchant ainsi à la supplanter.

Il n'est qu'à constater les différents mouvements dits écologistes qui animent les jeunes (et les moins jeunes) d'aujourd'hui. Ce sont souvent d'ailleurs les mêmes qui vont créer les mouvements de retour au Biologique (Zen Macrobiotique - agronomie Biologique), phénomène de retour à la Terre, communautaire le plus souvent. Il est curieux de voir jusqu'où, dans l'excès bien sûr, peut aller ce retour. Nous avons eu l'occasion de visiter en janvier 1973, une communauté sauvage dans un village abandonné des Hautes Alpes où vivaient sept jeunes gens. Ils ne savaient ni cultiver, ni préparer un sol pour cela. Ils croyaient que toute l'année les plantes, les arbres "donnaient" généreusement leurs fruits, comme au supermarché et qu'il suffisait de se baisser pour les ramasser. Nous avons eu l'occasion d'y retourner en septembre de la même année pour constater leur départ durant l'hiver mais surtout le passage de deux d'entre eux à l'hôpital le plus proche pour état de dénutrition prolongée sur plusieurs mois. C'est là un des aspects du mythe du retour à la campagne qui circule chez les jeunes citadins. Il est rattaché de toute évidence à un phénomène de culture liée au monde synthétique qui a effacé le naturel. La drogue se rattachant au mythe de façon constante, il est surprenant de voir ces jeunes qui ne savent rien de l'agriculture déployer des talents avisés pour la culture du chanvre indien. Il y a souvent donc, chez ces adolescents, un trouble d'identité quant au naturel qui peut se traduire par une consommation de drogue, illusoirement rattachée à une pseudo-nature naturelle, et qui permettrait d'y accéder totalement.

Nous rejoignons là, au niveau du groupe, l'adolescent

sans héritage de tout à l'heure, qui, en fait, "refuse cet héritage" formant une "génération d'héritiers récalcitrants" (réf. 66 B 1).

"Le Pouvoir social, la société apparaissent inconsciemment à nos contemporains, adultes ou jeunes, comme de plus en plus à l'image d'une MERE archaïque et l'adolescent a pour père un homme castré, impuissant. Nous retrouvons en effet chez les pères de nombreux toxicos, le portrait robot de ce nouveau type d'hommes, soumis soit à une femme, MERE dévorante, soit au système de rentabilité économique, aliéné totalement à son mode de production, qui a tout oublié jusqu'à aller "se tuer au travail", donnant ainsi satisfaction et à sa dépression et à l'idéal technologique".

"La cause de la crise de génération", qui est alors au premier plan, "est donc pour nous d'ordre socio-technologique. Aux prises avec cette cause, la nature humaine se défend comme elle peut. Malheureusement, la solution régressive à laquelle elle est contrainte est d'ordre psychotique, n'est pas viable et mène à des explosions de violence" (réf. 66 B 1). La drogue se situera donc comme auto-thérapeutique du groupe en état de malaise et de son agressivité dont le refoulement est de moins en moins facile. Le chemin des Hippies, non-violents par excellence, est jonché des cadavres de ceux qui ont retourné contre eux-mêmes cette violence immanente à tout individu mais aussi à la situation socio-historique dans laquelle ils vivent sans pouvoir réaliser leur VIE PROPRE.

c) La crise de génération :

Elle se situera dans l'acceptation ou le refus des différents rites institutionnalisés sur lesquels la société a fondé la structuration du groupe social des adultes. Il n'est que banalité de constater les critiques et les actions de certains adolescents vis à vis d'eux. Nous avons constaté chez les jeunes rencontrés une quasi-constance de leur non-reconnaissance

avec utilisation à leur place et pour leur usage, de rites nouveaux, vécus à un niveau "expérimentiel". La drogue n'est qu'un des aspects de ceci ; elle intervient comme élément dynamique de "clanification", d'identification groupale d'où est exclue la parole et le discours du monde des adultes. L'adolescent ne reconnaît plus les piliers de la société et en particulier la famille et le toxico plus que (ou comme) les autres : nous avons constaté, ce que COOPER (réf. 20 B 1) appelle un phénomène de "nucléarisation de la famille". L'enfant en effet, est élevé par ses seuls géniteurs, père et mère ; les autres membres de la famille étant dispersés aux quatre coins de la France par les phénomènes d'urbanisation moderne.

Et s'il existe le moindre trouble dans cette cellule, il y aura automatiquement une répercussion sur la circulation des affects et le système relationnel envers l'enfant. Cela se fera sentir avec des conséquences variables, nous retrouvons là des adolescents franchement pathologiques, et surtout, ceux qui ont reçu une éducation appelée lacunaire, sans présupposition de structure. L'adolescent qui sortira de cette "famille nucléaire" n'acceptera pratiquement jamais les passages initiatiques dont la famille est le support et le garant :

- répression, refoulement de la sexualité, il s'en suivra très souvent une économie sexuelle très débridée, souvent sans satisfaction véritable qui sera une voie toute tracée vers les succédanés du PLAISIR des drogues ;

- refus d'adhérer sans critique au "système religieux" des parents, conduisant vers la recherche d'une nouvelle mystique soit dans un matérialisme outrancier (genre extrémistes très fortement idéologisés) soit dans une recherche effrénée des autres systèmes mystiques et là également les drogues y prennent une place de choix (en particulier les mystiques extrême-orientales) (réf. 89 B 3 : l'appartenance religieuse des usagers de drogues parmi les étudiants montréalais par Laforest).

- refus du mariage avec prévalence pour la vie communautaire (sexuelle - économique) niant la famille en tant que telle. La

drogue y trouve également un terrain de choix.

Par ailleurs, les adolescents refusent également l'héritage social et économique :

- refus du "service militaire" pour les garçons soit au nom d'un idéal pacifiste soit au nom d'une opposition sociale flagrante. Et là, de même, nous retrouvons la drogue comme un moyen d'y échapper.
- refus du travail aliénant avec un intérêt grandissant pour l'artisanat à petite échelle ; clientèle des sociétés intérimaires, ils refusent de faire comme leur père 50 ans d'un même travail, huit heures par jour. Ils désirent se réaliser dans un travail valorisant que pour la plupart ils ne trouvent malheureusement pas. Cette attente désespérée créera un terrain bien souvent réceptif aux illusions des drogues.

d) Comment pouvons-nous les aider ?

Le médecin peut-il y exercer son "art" ?

Tout d'abord, nous pouvons résumer ici les différents critères revêtant une "certaine causalité" à la prise* de la drogue et ses effets (du domaine du PLAISIR) chez l'adolescent contemporain :

- . individuel : renvoyant à la notion de structure pathologique ou non
- : économie du plaisir : l'on peut affirmer que l'adolescent n'a pas encore réussi son économie du plaisir sous toutes ses expressions et que le PLAISIR DES DROGUES par son immanquable résultat risque fort de l'écarter de la recherche des autres expressions du plaisir et en particulier le plaisir obtenu par la reconnaissance de l'AUTRE.

* Dans les deux sens du terme :

prise = prendre, consommer

prise = impact, "accrochage", aliénation.

- . social : perturbation familiale : "famille" nucléaire", "éducation lacunaire", mauvaise "circulation des affects", trouble de la communication.
- : perturbation religieuse, recherche d'une mystique unificatrice nouvelle.
- : perturbation groupale, le statut d'adolescent n'est pas un statut véritable, précisément défini et limité.
- : perturbation économique : le rôle de producteur authentique n'existe que parcellairement, dans un monde qui exige la consommation.

S'il s'agit avant tout d'un problème de civilisation, de société de consommation, comme le disait le Dr Mouren (réf. 8 B 3) "le médecin ne peut écrire sur son ordonnance : supprimer la société de consommation".

Et pourtant, c'est bien souvent le médecin qui sera consulté, tant par les parents que par les adolescents toxiques ou non.

Si l'exercice de la médecine était un art avant l'ère technicienne, l'on peut dire que cet "art" retrouvera là un nouvel exercice.

En effet, il n'est pas question de faire référence aux "études médicales" pour être efficace car les toxiques qui ne se considèrent pas comme des malades, se chargeront de vous laisser cogiter seul dans quelle case diagnostique on pourrait bien mettre ce malade récalcitrant qui remet complètement en cause la sacro-sainte relation médecin-malade. Alors que reste-t-il à faire ? Partir, faire autre chose de plus rassurant et surtout un peu plus dans les normes de la formation médicale ou persévérer ?

Nous avons persévéré comme beaucoup d'autres d'ailleurs. Et aujourd'hui, à côté des "communautés thérapeutiques" où le corps

médical est souvent "l'absent notoire", si ce n'est comme garant de la loi et les institutions (il ne faut pas oublier que le toxico doit être désintoxiqué par lui et sous sa surveillance : art. L 355 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 de la loi du 31.12.1970), nous* avons donc essayé de créer une institution (qui est loin d'en représenter un modèle pour l'instant) d'Accueil polyvalent où le(s) médecin(s) s'intègre(nt), nous l'avons dit, à une équipe polydisciplinaire qui puisse répondre aux différentes causalités citées plus haut et qui ne soit pas spécifiquement identifiable à un centre anti-drogue**.

Le médecin n'aura alors aucune difficulté particulière à exercer, puisqu'il n'aura à traiter que ce que son rôle présuppose. Le principal travail alors sera de coordonner ses actes avec ceux des autres dont il faudra apprendre à décoder les langages. En effet, le médecin n'est pas toujours préparé à traiter de sujets aussi variés que les religions, les problèmes de logement, les problèmes de travail, les problèmes juridiques, les problèmes philosophiques, les problèmes de la vie quotidienne en somme. Et comment et quoi répondre à ces parents qui ne se disent pas malades et qui nous demandent des conseils pressants alors qu'ils auraient bien souvent besoin d'une prise en charge corrélativement à celle de leur enfant toxico.

Et puis et surtout, quelles drogues "thérapeutiques" prescrire en remplacement de drogues qui ont été autoprescrites et relancent la dynamique médecin-malade dans des terrains glissants, dangereux où la "toute-puissance magique" du médecin se confronte à la "toute-puissance ésotérique" du toxico ?

Tant de questions pratiques où les bons conseils ne restent que des bons conseils et rien d'autre. Délicate et complexe rencontre où le médecin devra accepter sa frustration de la guérison

* nous : l'équipe et les membres de l'Association A 3.

** nous en avons assez de cet étiquetage anti-thérapeutique qui institutionnalise encore un peu plus le phénomène comme "une vache à lait" particulièrement recherchée.

chez un "malade" volontaire qui le "nargue" et le met en échec avec ses propres "outils" que sont les drogues.

Il lui faudra tolérer le "partage" dans un but unique : faire revivre son "malade", lui re-donner naissance en quelque sorte, un peu comme le "shaman" huichole accompagne et guide la chasse au cerf - Peyotl, mais doté des armes nouvelles qui lui confère la "science médicale" (réf. 34 B 1).

C H A P I T R E II

LE PHENOMENE DE COLONISATION ET LE PHENOMENE DROGUE

"La marchandise est d'abord un objet extérieur, une chose qui par ses propriétés satisfait des besoins humains de n'importe quelle espèce. Que ces besoins aient pour origine l'estomac ou la fantaisie, leur nature ne change rien à l'affaire".

in le Capital

livre Premier Tome 1

Karl MARX (réf. 62 B 1)

"La marginalisation vécue par la jeunesse répond à l'impossibilité du capitalisme à employer celle-ci selon ses possibilités projetées : ... le déclassement en fait est dans un retour immédiat. Ce point de non-retour de la marginalité est marqué par l'usage de drogues dures ... Le toxico sort de la "Cité".

"Il ne peut plus vivre, se vivre que comme un élément de l'armée de réserve, bien que cette notion renvoie à un stade de la gestion capitaliste qui est de façon évidente en voie de

dépassement*.

De même, la zone n'ignore pas sa référence coloniale. Contrairement aux analyses bourgeoises qui présentent le phénomène contemporain de la toxicomanie comme élément d'une crise de la civilisation occidentale et tendent à faire disparaître l'origine des toxiques traditionnels : la colonie.

Le retour de la drogue sur les sociétés industriellement développées se produit simultanément au nouveau mode de gestion capitaliste, impérialiste toujours, mais colonisateur cette fois au sein même de sa métropole, colonisateur de la vie quotidienne". Dominique Christian (réf. 15 B 1).

Mais qu'est-ce la colonisation ? Comment est-elle définie ? L'encyclopédie générale Hachette nous dit :

"La colonisation d'un pays par un autre est le résultat d'un déséquilibre des forces au profit du colonisateur et au détriment du colonisé. Les facteurs politiques, militaires, démographiques, économiques, commerciaux interviennent et se combinent de manière très variable pour produire cette inégalité préalable à toute action colonisatrice. Mais la colonisation suppose aussi une différence quelconque d'ordre racial, ethnique, religieux ou culturel entre les deux populations qu'elle met en rapport...".

Nous insistons sur ce passage tout particulièrement et nous rappelons ici P. Allain (réf. 1 B 1) : le "phénomène d'acculturation dans la consommation des hallucinogènes comme un moyen de lutte de la Société A majoritaire et culturellement dominante vis à vis de la culture indépendante H".

La colonie, au cours des siècles, a désigné des réalités différentes. Chez les grecs, elle était une ville

* "Si le temps du travail productif proprement dit se réduit, l'armée de réserve de la vie industrielle va travailler dans la consommation (réf. 106 B 1).

nouvelle, chez les romains un centre de peuplement romain, les deux étant composées exclusivement de citoyens du pays d'origine. Puis ce furent les Empires coloniaux maritime pour le Portugal, territoriaux pour l'Espagne, que rejoignirent très vite la Hollande, l'Angleterre, la France, etc... et où les chocs de cultures furent sanglants et meurtriers pour certaines, qui n'existent donc plus de nos jours.

Et puis, ce fut la "honte" du colonialisme. L'O.N.U. le condamnant comme une tare, bien que celui-ci s'exerce encore sous d'autres formes plus subtiles et en particulier le contrôle financier ou économique*.

Nous n'oublions pas le rôle qu'ont joué certaines drogues dans ce processus complexe qui met en jeu tous les éléments d'une culture afin de soumettre, voire détruire, une autre culture, au grand profit de l'envahisseur.

Tout d'abord, il faudra signaler ici, un phénomène qui nous semble sous-jacent à toute constitution du rite culturel qui soustend la religion, du latin re-ligare = relier, c'est-à-dire qui soude les membres du groupe social et une certaine culture. Dans le rite apparaît presque toujours un toxique qui "permettra l'accession à la divinité". Le vin et le Christ - le cerf-peyotl et les divinités huicholes - le soma et le Bouddha dans la Ghitâ - les graines de pavot ou de chanvre de la Pithye qui communiquait avec les Dieux de l'Olympe, etc...

Et le choc des cultures pour la domination s'est fait aussi en ces termes de "toxique". Le christiannisme et ses missionnaires ont apporté l'alcool partout avec eux. Il n'est qu'à lire les textes des ethnographes du siècle dernier pour y remarquer toute l'importance de la beuverie chez les indiens comme facteur

* Nous nous sommes inspirés pour tout ce qui précède des articles colonie et colonisation dans l'encyclopédie générale Hachette (éd. 1975, réf. 28 bis B 1).

d'occidentalisation. Ou encore de regarder comment les cow-boys américains savaient se servir de l'alcool pour se débarrasser des Peaux Rouges qui eux fumaient le tabac et la Marijuhana et quelques fois mangeaient le Peyotl ou la Mescaline. Et encore aujourd'hui, en Guyane française, où des tribus entières d'autochtones sont décimées par l'alcool et la prostitution. Il ne faut pas oublier que la France est le premier producteur mondial d'alcool et sa consommation également par tête d'habitants ; et que 30 000 "drogués" à l'alcool meurent chaque année de "cirrhose", qu'ils occupent 300 000 lits d'hôpitaux par an, etc...

Depuis la fin du XVIIIème siècle, nous constatons une mutation de système entre culture dite à pouvoir temporel et culture à pouvoir économique et industriel du monde contemporain où la drogue devient Marchandise, moyen d'introduction d'un certain système économique et social comme cela a été le cas en Chine de 1730 à 1908, malgré les résistances politiques chinoises qui nous ont rendu le thé en monnaie de la pièce (réf. 11 B 1 et 102 B 3).

Les grands instigateurs de ce système furent les Anglais, les Français, les Hollandais et les Américains. N'oublions pas non plus trop vite le monopole de la France sur l'Opium en Indochine et la manière dont il était vendu. Nous avons reçu un jour, d'un témoin anonyme, cette information que nous livrons telle quelle :

"Oh oui, je me souviens très bien, il y avait une courbe croissante à acheter en poids d'opium brut, ceux qui ne la suivaient pas ; s'ils étaient en dessous, c'est qu'ils achetaient au marché noir ou produisaient pour eux-mêmes, ceux qui étaient en dessus étaient de petits trafiquants".

C'est dire l'art et la manière de maintenir et de créer une toxicomanie "rebelle" à l'opium qui va rapporter de plus en plus à l'Etat fournisseur. Et le reste est facile à comprendre. Les Etats-Unis et essentiellement par l'intermédiaire des pasteurs puritains qui avaient honte de n'avoir pu faire autant d'adeptes

avec l'opium qu'avec leurs prêches, dès le début du XIXème siècle, retirèrent leurs billes qu'ils transformèrent immédiatement dans la construction du Chemin de fer (construit par des milliers de chinois expatriés et qui créèrent eux des colonies de type grec : des ghettos) (réf. 102 B 3).

La résistance chinoise fut exceptionnelle, mais il y eut des millions de toxicomanes et des millions de cadavres autant par l'opium lui-même que par les deux guerres de 1838 et 1854. Et cela aboutit à l'internationalisation d'une réglementation du trafic et des importations - exportations légales de l'opium (1908 réf. 62 B 3). Beaucoup d'autres substances sont actuellement mises sous contrôle international. Les drogues dangereuses essentiellement, celles engendrant des états de pharmacodépendances sont toutes devenues ainsi des MARCHANDISES INTERDITES sauf à l'Etat qui lui seul peut "intoxiquer thérapeutiquement" le pays : en effet, la médecine peut utiliser certaines substances au tableau B (opiacés, amphétamines, cocaïne, etc..) sur un plan légalitaire. Donc, l'Etat a besoin d'importer ou d'exporter et surtout d'en "produire" de plus en plus. C'est beaucoup plus "rentable" de posséder le monopole d'une drogue pour certains pays pauvres ou riches. Les Etats-Unis ont le monopole économique des substances psychopharmacologiques de synthèse, s'en servent légalement partout. La France celui de l'Alcool. Le Brésil et d'autres celui du café. L'extrême-Orient celui du Thé et du Pavot (qu'il partage avec l'U.R.S.S.).

Et il est bien évident que ce qui est interdit ici ne l'est pas toujours là-bas et que malgré les réglementations qui justifient ainsi la transgression et se justifient par le Droit international dans les termes d'"une dialectique" étonnante ; il y a parallèlement au marché légal un marché illégal qui pose beaucoup de problèmes aux pouvoirs en place, afin de le contrôler. Et les lois répressives contre le trafic sont tout d'abord économiques et surtout les lois de douane (pour les douaniers un trafiquant arrêté avec 1 kg de haschich revenant du Maroc pour la

dixième fois peut devenir porteur de 15 à 20 kg de haschich par la loi des estimations. Les amendes se paient au poids de marchandises saisies et supposées déjà introduites auparavant, sans parler de la saisie du véhicule transporteur qui sera payé en amende par le contrevenant et vendu aux enchères dans les domaines après la prononciation des peines de Justice qui peuvent à la limite prononcer un non-lieu sans pouvoir supprimer ces amendes en question. Cela suit directement ce vieil adage : "qui vole un oeuf vole un boeuf". Et "en effet, l'action engagée pour l'application des peines prévues par le Code des douanes est indépendante de celle engagée au titre du Droit Commun" (réf. 67 B 3).

La drogue, c'est avant toute chose un marché où le "Capitaliste fauché" va se remplumer et certains ont du talent pour cela. La diplomatie aide bien certains pays à affrêter des porteurs de drogue "innocents". Ce qui ne fait que confirmer l'identité drogue = marchandise. Le problème sera de trouver une clientèle en pensant que l'idéal d'une marchandise aujourd'hui soit une forme de BONHEUR prêt à être consommé immédiatement. La psycho-techno-publicité sait son affaire là-dessus. "Pour être bien dans sa peau" dit un spot publicitaire : habillez-vous chez X !"

"Dans le cadre actuel d'une propagande de la consommation, la mystification fondamentale de la publicité est d'associer des idées de bonheur à des objets (télévision, meubles, automobiles) et d'ailleurs en rompant le lien naturel que ces objets peuvent entretenir avec d'autres pour leur faire constituer avant tout un milieu matériel d'un "haut-standing" (réf. 106 B 1).

Et il n'y a pas un seul toxico qui vous dira qu'il n'y a pas de BONHEUR dans la drogue, du moins au début. Et pendant ce temps, il alimente sans le savoir le système même qui l'aliène représentant un certain POUVOIR à un moment donné de l'Histoire du Monde.

L'homme traîne avec lui la drogue - les drogues !!!, depuis des millénaires et on voudrait nous faire croire qu'il n'en

sait rien. Il n'y a pas pire aveugle que celui qui ne veut rien voir et se cache le nez pour mieux regarder. Et il y a peut-être bien plus grave à notre avis, c'est de pouvoir envisager un monde où il y aurait une drogue qui provoquerait un symptôme traitable par une autre et ainsi de suite, jusqu'à une intoxication permanente pour maintenir l'équilibre d'un groupe social de plus en plus chancelant. L'on voit, au travers du toxico qui lui est l'aliéné en question, comment cela se passe. L'on voit grimper chez les jeunes qui nous consultent la polytoxicomanie où sont principalement utilisés des médicaments, tous bien entendu détournés de leur usage médical sur la prescription.

Cela d'ailleurs, se confirme par l'augmentation massive de la production des médicaments psychotropes, non seulement dans les "asiles", mais aussi ailleurs et surtout en médecine non-psychiatrique :

Le marché général des médicaments en ville et à l'hôpital de 1973 à 1976 a été en continuelle croissance.

En ce qui concerne le Tranxene, l'Equanil, le Seresta, le Temesta, l'Urbanyl, l'Atrium sous toutes leurs formes de commercialisation : en 1976 :

- 35 328 000 unités vendues en ville,
- 104 466 000 unités vendues à l'hôpital.

Pour les HYPNOTIQUES : Mogadon, Mépronizine, Noctran 10 et Seresta 50, en 1976 :

- 21 015 000 unités vendues en ville,
 - 44 029 000 unités vendues à l'hôpital.
- (chiffres cités par le GERS)

En 1975, la vente des psycholeptiques représentait 106 millions d'unités (réf. 37 B 3 ; P. 4212).

Le médecin suit le marché des spécialités et on le "guide" dans ses choix par tout un système publicitaire qui est

l'image publicitaire de n'importe quelle marchandise qui promettrait, elle, le bonheur en pilule.

Nous nous souvenons d'une spécialité d'hypnotique qui, dès son lancement, promettait le "bien être dans sa peau" et qui contenait de la Métaqualone et un Séco-barbital inducteur rapide d'un état de narcose artificielle (pseudo-sommeil) relayé par l'autre composant pour "donner une nuit de 8-12 heures de sommeil avec une sensation euphorique au réveil, de bien-être pour les insomniaques". La Métaqualone était déjà très utilisée, elle avait engendré des cas connus de pharmacodépendances, sans compter les dangers de l'intoxication massive (même à des doses relativement minimales) (réf. 9 B 3).

De plus, la présentation de la Gelule était particulièrement attirante et alléchante, contenant une "poudre blanche" (nous connaissions déjà l'usage de la métaqualone comme drogue psychotrope de remplacement chez les utilisateurs de drogues interdites ; ils avaient ainsi un produit pur, de qualité connue qu'ils pouvaient s'injecter pour pallier un manque d'Héroïne ou autre chose).

Quinze jours après sa sortie sur le marché, de très nombreux toxicos, et les junkies surtout, utilisaient cette "poudre". La métaqualone est maintenant au Tableau B avec un prime qui la différencie des autres stupéfiants, sa prescription est plus longue dans le temps (60 jours au lieu de 7 jours).

En regard de cela, il ne faudrait pas oublier que dès 1970, en Californie, une société légale vendait du L.S.D. 25 très connu dans le monde entier sous le nom de "Californien". Il était garanti au départ pur et de bonne qualité en L.S.D. 25* mais très vite il a été "coupé" avec d'autres toxiques et surtout "les amphétamines" (dont le S.T.P. : Sérénité - Tranquillité - Paix, fut une forme). Le "Californien" a quasiment disparu du marché, il a

* Le brevet commercial est la propriété des Laboratoires Sandoz ; ils en produisent encore en quantités réglementées internationalement.

été entièrement consommé (tout ce qui s'appelle Californien aujourd'hui est très suspect d'"arnaque" disent les toxicos).

De 1960 à 1966, le L.S.D. 25 a donc pu circuler en France le plus tranquillement du monde. En même temps, cela intéressait particulièrement l'Armée et le Corps Médical avec les psychiatres et quelques américains installés à Paris : "de sâles Beatnicks !" qui ont été accusés d'introduire le fléau de la Drogue.

Ce que nous voulons montrer là, c'est que la production d'une marchandise de ce genre, drogues psychotropes, engendre de façon constante une production de "déchets" = forme de pollution. La pharmacodépendance à certains produits représente la production du phénomène drogue dans notre société. Le toxico consomme exclusivement et se consume pour être consommé à son tour en tant qu'être aliéné ; il devient un produit socio-économique avant tout, il devient un représentant "vivant" de la monnaie, être humain "zombie" complètement "possédé" par la chose qui l'aliène.

Et c'est là qu'interviennent deux facteurs importants de l'adolescent en voie de personnalisation :

La socio-technologie a permis à l'adolescence de devenir une "identité sociale" formant un groupe de mêmes âges qui se trouve dans le système économique, parachuté comme un élément nouveau, surtout pour la consommation : quant à la production, il en est écarté par manque de compétence le plus souvent ou simplement parce qu'il y a des adolescents qui ne peuvent s'y intégrer ou qui ne le veulent pas ; par contre, ils doivent consommer et la Société a oublié de les "caser" pourrait-on dire.

Ils se retrouvent soit dans le système universitaire soit dans un marché du travail très instable (sociétés intérimaires, problèmes du chômage des jeunes, F.P.A. qui ne "débouchent" pratiquement plus sur du travail et qui demandent des délais et des conditions d'admission de plus en plus longs).

Beaucoup d'adolescents ont l'impression d'avoir été "oubliés" par la Société qui représente pour eux la Mère archaïque bonne et (ou) mauvaise, seule issue au deuxième facteur, celui de l'absence d'une image du PERE dans une telle société, consécutive à la socio-technologie : ces adolescents existent en grand nombre, ils ont tous des "désirs" et la société refuse leur réalisation par les lois qu'elle instaure; par contre, elle les sollicite fortement à la consommation et ce, dès la puberté. Il est utile ici de comparer l'adolescent en tant que groupe socio-économique face aux autres groupes et leur prise en charge par la société.

Il y a d'abord l'enfant : il est pris en charge partiellement par la société. Son statut y est déterminé, il est considéré comme dépendant de la famille qui est soutenue financièrement. Son statut économique est connu et les réglementations sont strictes à ce sujet, on ne vend pas n'importe quoi aux petits enfants. La grande enfance appartient au domaine de la dépendance aux parents sur le plan consommation ; malgré tout, l'enfant fait consommer d'autres produits qui ne lui sont pas réservés.

L'enfant par son statut social dépend donc de l'économie familiale avant tout et en partie de l'économie nationale : l'enfant est entièrement "assisté" économiquement. Ce qui est remarquable alors, c'est que leur nombre relatif diminue.

Il existe dans les pays européens, un phénomène particulier appelé le "Baby flop" qui consiste en une baisse de la natalité dont les conséquences sont, on le sait, un manque de renouvellement des formes sociales, un vieillissement et un déclin. Dans une société de ce type, l'adolescent ne fera pas beaucoup d'enfants car il a du mal à survivre ainsi; la consommation de la vie quotidienne change de modèles. Il y aura récession vers un système de crise économique et sociale qui ne fera que s'aggraver car les adolescents en minorité absolue, ne peuvent plus agir en tant que sang nouveau injecté dans la marche de l'Histoire.

L'adolescent n'a plus d'avenir et vit dans l'Angoisse

car il n'a plus de pouvoir sur ses actes, il est "immobile, figé" dans l'attente de la FIN.

L'adulte, lui, produit ; il est le pivot du système, c'est lui qui fait les règles sociales. Il doit travailler, c'est un devoir civique, tout du moins de survie. Pour ce travail, il touche un salaire pour consommer pour lui et entretenir ses enfants. Il paie des impôts pour entretenir l'économie nationale et garantir la prise en charge de ses vieux jours.

Le retraité, après 65 ans en moyenne, lui aussi sera pris en charge par la Société, il devient un assisté qui doit également consommer sans produire.

Les assistés sociaux : tous ceux qui vont traverser l'âge adulte en tant que "pris en charge par la société" et qui vont donc consommer sans produire autre chose qu'eux-mêmes.

Le toxicomane pharmacodépendant reçoit une assistance sociale, uniquement pour se désintoxiquer : il est semi-assisté, à l'image de l'adolescent qui lui non plus ne produit pas encore, produira peut-être demain, mais qui, par contre, consomme les mêmes produits que les adultes plus des produits spécifiques. Cet adolescent, actuellement, est de plus en plus tôt majeur et vacciné, dit-on. Et il a des désirs qui seront sans cesse refoulés par manque de monnaie d'échange puisqu'il ne produit rien, qu'il n'a pas de salaire et que ses parents et la société ne peuvent pas lui assurer son entière autonomie économique. Il n'est pas étonnant que ce soit les adolescents qui ainsi seront les principales victimes de l'épandage des drogues psychotropes parce qu'ils y ont trouvé un apaisement avec les médicaments ou un plaisir inconnu qui se cache dans une quelconque Marchandise (drogues ou autres, la motocyclette, la télévision). L'assouvissement du besoin est alors tel qu'il y a un risque de répétition compulsive de la consommation de l'objet, et là, les drogues s'installent. Si la clientèle existe, il y aura des pouvoirs qui se partageront le marché, et tâcheront de

le conserver.

Et quoi de plus intéressant pour cet adolescent frustré jusqu'alors de réalisation de ses désirs que de ne plus avoir de distance entre son désir et sa réalisation immédiate grâce à la consommation d'une marchandise émanant d'un certain système socio-économique.

Celui-ci prend image de MERE archaïque soulageant l'angoisse du manque. Il y a là une dialectique de pouvoir qui se joue au seul niveau économique et l'adolescent en est le jouet le plus souvent totalement innocent. La consommation des drogues commence de plus en plus précocement, nous avons eu des jeunes de 12 et 13 ans. L'adolescent ignore très souvent la loi sur les stupéfiants et pense même que certains stupéfiants qu'ils connaissent ou consomment sont en vente libre, surtout pour le haschich d'ailleurs.

Pour beaucoup de ces jeunes, une intervention policière et judiciaire est intériorisée comme une punition démesurée par rapport à la "faute" commise. Il est souvent alors en pleine crise par le fait d'une ambivalence extrême d'une société intériorisée comme MERE archaïque :

En effet, elle rassure par le franchissement de l'interdit dans l'Espace du Dedans et elle agresse en retour par l'Espace du Dehors. L'évolution est un processus de "psychotisation" de l'adolescent toxico qui n'a comme choix possible que : se droguer comme ses parents avec l'alcool, le café, le thé, les médicaments ou arrêter totalement toutes les drogues ; de toute façon, l'issue sera la même : une certaine intégration à un système socio-technologique. Mais le reclassement des toxicos devient quasi-impossible car la société ne leur offre en fait que ces deux choix pour survivre (ou encore pour mourir en victime, nous en parlerons après).

Si les adolescents après 68 voulaient être acteurs de

leur propre vie, ils ne savaient pas à quelle sauce ils allaient être "mangés". La société dans sa totalité (ensemble des pouvoirs agissant sur le monde) produit donc un symptôme en maintenant le système de la consommation toujours frustrante : l'on n'est de moins en moins satisfait par la consommation des objets ; les prix augmentent et la valeur d'usage chute (une chemise d'avant-hier qui n'existe plus sur le marché est encore solide alors que celle du marché d'hier est usée).

Il y a des marchandises sûres quant au résultat immédiat : donner l'illusion d'accéder au bonheur et certaines drogues sont donc très recherchées par les adolescents qui en éprouvent le besoin. Toutes les créations des adolescents rejoignent le stock culturel et deviennent marchandise spécifique : entre autre le Pop système = "l'under-ground" culture, la motocyclette. Dans ces sous-cultures artificiellement isolées, l'on y retrouve les drogues et ce n'est pas le hasard qui le veut = c'est essentiellement un bon placement, même si l'on ne met pas les doigts dans le trafic illícite des drogues. Les toxicos y représentent une partie du groupe adolescent qui prend image d'un groupe colonisé à l'image des tribus de "sauvages" par l'intermédiaire des réseaux économiques. Il est d'ailleurs étonnant de constater que de nombreux toxicos lorsqu'ils en prennent conscience désirent soit en "crever" soit s'arrêter en étant recapté par d'autres systèmes fort suspects, du type des "sectes d'accueil" recevant ces jeunes "paumés", soit encore d'arrêter pour de bon et lutter pour gagner l'autonomie qu'ils désirent obtenir. Ils seront très handicapés par ce boulet qu'ils ont au pied et il faudra bien quelques années pour s'adapter à la survie imposée. Le parallélisme américain entre colonisation des populations noires à l'intérieur et les drogués blancs et noirs du Vietnam, montrent l'égale référence à une population d'adolescents qui sont les victimes de cette distribution massive. La comparaison est aussi frappante par les types de travaux qu'exercent en commun les adolescents dit marginaux et les déviants et les ex-colonisés qui sont venus après la décolonisation s'installer dans le pays. Ils se retrouvent dans

les sociétés intérimaires, les A.N.P.E., les F.P.A., les foyers de jeunes travailleurs, les usines et les bans du chômage. Mais pourquoi ce système, les gouvernements ne s'y reconnaissent pas, certainement parce que cela reflète une nécessité du groupe social dans sa totalité.

Tout d'abord, la pérénisation du système de consommation s'inscrit comme une règle spéculaire de la survie de l'espèce et ainsi le système productif a tendance à s'épuiser et enclencher une crise socio-économique qui risque d'être catastrophique.

Ensuite, parce qu'il est nécessaire au groupe social d'évacuer l'existence de désirs très archaïques. Le phénomène drogue en est un symptôme choisi et isolé spectaculairement et qui est devenu une micro-réalité en France en 68 - 69. Actuellement, il est encore utilisé en cas de grande angoisse sociale pour détourner l'attention et fournir un contenant projectif qui devient ainsi l'objet de l'angoisse collective. Il devient ainsi le "héros d'avant-garde" en même temps qu'un moderne "bouc émissaire" (réf. 106 B 1). Le maintien du phénomène s'inscrit dans une véritable mystique d'un monde où la consommation de la drogue-marchandise produira un symptôme "toxique" référant isolé par ses rites. Le toxico en "crevant" devient une victime exemplaire qui permettra au groupe de fonctionner. Les guerres en exterminant des millions de gens représentent un même aspect de cette nécessité, impérieuse à priori, que l'homme doit affronter (réf. 88 B 1) : la reconnaissance du besoin qu'il éprouve d'évacuer son angoisse fondamentale sur un autre lui-même, cible du dehors (ce qui peut aller jusqu'au désir de tuer l'autre, de l'avoir réalisé ou de le désirer sans le faire).

De nos jours, l'ennemi extérieur ayant trop de force, il fallait découvrir un ennemi intérieur et pour cela "l'isoler". Le groupe social a sécrété en dix ans un phénomène drogue qui va en s'amplifiant et se diversifiant et surtout en se popularisant par l'intermédiaire des mass-média sous forme de "cataclysme" dans la population adolescente (la réalité devient une véritable chasse aux sorcières, aux boucs émissaires). Toutes ces victimes mortes,

coupables vivantes sont plus "rentables" pour la société que les délinquants dont la mort n'est plainte que lorsqu'elle en a besoin : le toxico par contre aura une mort qui le "blanchira" socialement de tous ses délits (c'était un drogué, le pauvre, si ce n'est pas malheureux à cet âge ; encore une victime de la Drogue, ce produit mystérieux qui jongle avec les spots publicitaires).

Tout l'environnement social va être ainsi soulagé, rassuré, calmé, bien qu'avec des regrets l'on se souviendra de l'Enfer affreux. Et, à l'image des colonies anciennes, certains pays envisagent de faire vivre tous les toxicos au même endroit (il en est ainsi à Copenhague et à Hong-Kong), dans un nouveau ghetto où règnerait la colonisation la plus réductrice de la vie quotidienne, véritable forteresse vide où vont se projeter et se réaliser aux prix de la mort, les fantasmes les plus fous. Il existe encore aux Etats-Unis des ventes d'esclaves pseudo-clandestines.

Désignés en moderne bouc émissaire par sa mort, celle-ci satisfait le besoin de la masse dans ses plus profonds désirs refoulés : celui très archaïque de l'immédiate réalisation du PLAISIR qui nécessite un soulagement suffisant de l'ANGOISSE qui le régit, celui de tuer l'autre.

Nous allons tenter de montrer maintenant l'identité du toxico pharmacodépendant comme moderne "PHARMACOI", bouc émissaire de la Cité contemporaine.

C H A P I T R E I I I

LE TOXICO COMME PHARMAKOS, MODERNE BOUC EMISSAIRE

"Aime ton prochain comme toi-même".

LA BIBLE

"Au niveau de l'organisation de l'apparence, tout succès et de même tout échec, est gonflé jusqu'à devenir stéréotypé et vulgarisé par l'information comme s'il s'agissait de la seule réussite ou du seul échec possible (réf. 106 B 1).

Il n'est qu'à se souvenir d'une affaire récente à Caen pour se rendre compte à quel point l'information provoque des répercussions spectaculaires, la drogue prenant dimension de FLEAU NATIONAL pour "justifier" une Madame ANTIDROGUE et surtout une quête et un besoin de "savoir" chez les gens qui se sentent alors "concernés" (du moins en apparence, le pensent-ils).

Les différents spécialistes doivent alors informer, en dédramatisant l'Illusion et en rétablissant le Réel.

Comment notre société peut-elle se servir du "drogué" comme d'un bouc émissaire ? Par l'objet de son aliénation (marchan-

dise), il est semblable à tout être humain ; par le rite, il cristallise la forme la plus fortement "idéologisée" de la consommation, appliquée dans sa plus totale logique d'une croissance démesurée des biens à consommer provenant d'un système de production séparé et automatique. Il incarne le sacrifice que l'Homme fera à la Marchandise, pour qu'elle puisse continuer à satisfaire les besoins et à exister ; le toxico contient en lui ce double désir projectif d'être l'idéal du système de consommation et en même temps l'idéal de l'échec puisqu'il en meurt.

L'information distribuée par les médias va perturber le quotidien et déclencher une angoisse collective dont elle désignera le responsable : le toxico va en mourir et par une pirouette projective nouvelle, elle s'en débarrassera complètement en accusant la drogue, redonnant ainsi le statut de victime héroïque au nouveau mort sur le "front" de la consommation.

Pour mieux comprendre ce phénomène, nous avons recherché les expériences humaines historiques et les moyens qu'ont utilisé les différents groupes sociaux pour éviter la transformation de l'agressivité du groupe en un massacre collectif.

Dans l'histoire que nous raconte la Bible (réf. 10 B 1) avant la destruction de SODOME, Abraham prit son fils et tous les mâles de sa maison et circoncit la chair de leur prépuce pour sceller son alliance avec Dieu. Après le "châtiment", la destruction de Sodome, Dieu dit à Abraham : "Prends ton fils, ton unique, que tu chéris, et tu l'offriras en holocauste". Et Abraham s'empressa de répondre à cette demande nécessaire, obligatoire à "l'unification" de son peuple.

Dieu envoya un ange qui empêcha le sacrifice et il devint le seul intermédiaire unificateur permettant la sublimation du meurtre du fils dans un rite nouveau plus économique au groupe des humains. Et c'est dans le rite que se jouera "l'évacuation du désir.

Par ailleurs, Thomas SZASZ dans "Les rituels de la

la drogue = la persécution rituelle de la drogue et des drogués" (réf. 95 B 1) nous rappelle que : "Dans la Grèce antique (et autres lieux), l'une des cérémonies (qu'utilisaient les sociétés anciennes et prêtres-médecins pour sauvegarder la population de la famine et des calamités, des périls guerriers et de toutes les catastrophes qui menaçaient les individus et les populations) consistait en un sacrifice humain. Le choix, la désignation, les soins particuliers et, finalement, la destruction rituelle du bouc émissaire restaient l'intervention "thérapeutique" la plus importante et la plus significative que connaissait l'homme "primitif".

Dans la Grèce antique, la personne qu'on sacrifiait en guise de bouc émissaire s'appelait "Pharmakos". La vraie racine des termes tels que pharmacologie et pharmacopée n'est donc point "médicament", "drogue" ou "poison" mais le "bouc émissaire".

Les "Athéniens" entretenaient à leurs frais, un certain nombre d'individus déchus et sans utilité et lorsqu'il se produisait une calamité ... ils sacrifiaient un ou deux de ces malheureux...

"Tous les ans : "au festival de la Thargélie, au mois de mai, deux victimes, l'une masculine et l'autre féminine, étaient conduites à l'extérieur d'Athènes et mis à mort par lapidation. La ville d'Abdère en Thrace était annuellement purifiée en grande pompe et dans ce but, l'habitant qu'on avait choisi comme bouc émissaire était lapidé jusqu'à ce que mort s'ensuive et sa mort assurait la vie des autres habitants.

Le Pharmakos disparut et fut remplacé par les Martyres puis les hérétiques, les sorcières sans oublier "la nef des fous" et les autres. Nous retrouvons un phénomène comparable dans la civilisation Aztèque avec un aspect particulièrement intéressant puisque la victime sacrifiée était en état d'aliénation toxique au moment de l'exécution rituelle. Nous avons noté également le renversement d'identité du sacrifié qui, ennemi, avait été fait prisonnier au

combat, devenait par son sacrifice le "père vénéré" du sacrifiant. Les victimes étaient droguées à l'Ololiuhqui, dans lequel il a été isolé une molécule naturelle proche du L.S.D. 25 (réf. 22 B 3) : "La victime personnifiait le dieu dont on célébrait le culte, portait ses ornements et son masque" J. Soustelle (réf. 94 B 1).

Kenneth Burke, cité par T. Szasz dit : "Le principe sacrificiel de la victimisation (celle du bouc émissaire) est intrinsèque à toute communauté humaine".

Dans la société contemporaine, il y a une recherche désespérée de dépasser le désir de supprimer l'autre, son semblable, de l'ôter du monde. La guerre n'est plus le moyen employé et tous les gouvernements tentent de l'éviter.

Pourtant, que n'avons-nous entendu de fois que "le meilleur moyen d'empêcher les jeunes de se droguer ce serait une bonne guerre !" (nous avons vu au Viet-nam l'association des deux "services" et ses résultats) ou encore la proposition d'un auditeur de FR 3 qui était de "les enfermer tous dans un camp et de fusiller ceux qui essaieraient d'en sortir".

"Dieu est mort" à la fin du siècle dernier ("la drogue.. vient boucher le trou laissé vide par la mort de Dieu" E. Perrella (réf. 98 B 1) ; les cérémonies religieuses perpétuant le rite ont perdu leurs sens "sacré". Le meurtre du Christ se perpétue (réf. 86 B 1) sans but, renforçant la culpabilité collective car celle-ci ne s'évacue plus dans le rite (nous nous rappellerons ici le cas d'un garçon qui se vivait comme le sacrifié ; était-il lucide dans son délire qu'il s'est brûlé en holocauste sur la place publique ou encore ce junkie londonien qui était littéralement "criblé" de trous de la "shooteuse" d'un dealer qui n'arrivait pas à le "fixer").

Il n'y a plus en effet de rite collectif, celui-ci ne persiste que comme parcellarisation du groupe en sous-groupes. La religion ne joue plus sa fonction de re-liaison des individus dans la communion. Le seul lien qui nous réunit tous dans une même dépendance

est la Consommation des Marchandises.

Freud (réf. 35 B 1 p. 104) nous rappelle que "le problème consiste à écarter l'obstacle le plus grand rencontré par la civilisation, à savoir l'agressivité constitutionnelle de l'être humain contre autrui : d'où l'intérêt tout particulier du plus récent des commandements du SURMOI collectif : "Aime ton prochain comme toi-même". Le slogan "Peace and Love" en représente une forme contemporaine et c'est le Hippy qui a tout d'abord "endossé" le rôle du "drogué" ; car, si l'agressivité s'accumule par sa négation et ne s'évacue pas, elle se retournera finalement contre son porteur lui-même dans une forme de toxicomanie sacrificielle, véritable don de soi éthique.

Le choix de la victime sera révélé par "l'ampleur spectaculaire" de la mort du toxico ; le toxico véhicule dans la foule le fantôme de l'agressivité refoulée qui se retourne contre l'homme lui-même. La société, alors pour se protéger, le rendra "anonyme" (prise en charge selon la loi du 31 12 1970) et lui fera porter l'étiquette de "toxicomane". Elle se chargera ensuite de l'isoler du reste du groupe, dans des centres Hyper-spécialisés, du "ghetto danois" en passant par les "Daytop" et le centre Marmottan, en se justifiant par l'impossibilité de les "guérir" et de les reconnaître comme de véritables malades : "La crise sacrificielle est une crise des différences, c'est-à-dire de l'ordre culturel dans son ensemble". Cet ordre culturel, qui n'est qu'un système organisé de différences donnant aux individus leur identité et leur permettant de se situer les uns par rapport aux autres, est menacé quand le religieux se décompose. C'est au sacrifice que les multitudes doivent leur tranquillité" P. Rappard (réf. 98 B 1).

Et ceux qui "assistent" les toxicos deviennent des Grands Magiciens - Shamans modernes - Exorcistes des maux de la Cité et font le compte des victimes, limitant ainsi leur apparition spectaculaire à cette stricte nécessité.

Si la drogue, objet du rite est une marchandise, et

elle l'est dans sa forme cristallisée, purifiée, le toxico en est la victime nécessaire, devenant ainsi le Pharmacoi des Temps Modernes. Sa mort, "obligatoire" (n'oublions pas que l'espérance moyenne de vie chez un toxico pharmacodépendant est d'environ cinq ans s'il ne s'arrête pas) nous dirons même sa mort "obligée" est là pour nous rassurer en nous rappelant par la même occasion notre propre aliénation au monde des choses marchandises et par là à l'Autre qui les produit de façon séparée.

"L'idéal divin de la drogue totale s'articule à la vision comme système spéculaire sans distorsions, comme miroir des miroirs, 'miroir de la vérité qui contient la vérité de tous les miroirs' (réf. 98 B 1 de E. Perrella).

"En effet, personnage dramatique, le toxico qui se donne en sacrifice secrète sacré et maudit, instaure le surnaturel" (réf. 15 B 1).

L'élément manipulateur intervient lorsqu'on dit : "regardez-les, ces drogués, aliénés, déchus, ils dramatisent et rendent "dangereux le quotidien" (le nombre croissant des "casses" de pharmacie, le nombre croissant des agressions : encore plus récemment l'on a parlé de drogués pour deux voyous qui ont lâchement assassiné) mais derrière le camouflage, il y a surtout, "surtout ne faites pas attention" et "ce n'est rien comparé à" ou "ne tenez plus compte de votre "angoisse", qu'ainsi on vous soulage, angoisse liée à vos carcans, à vos oeillères, à votre muselière quant à la réalisation de vos désirs dans la vie quotidienne. Cette impossibilité devient réalité spectaculaire, l'on ne peut se regarder soi-même dans le miroir, car à la place il y a déjà l'image des illusions de l'autre. Le réel devient fantôme ; c'est ainsi qu'un certain nombre d'individus ont choisi d'être le corps vide de cette nouvelle représentation du monde, celle de l'illusion réalisée qui "crève dans l'oeuf".

Devenant ainsi par leur disparition l'acte "thérapeutique" du (pour ce) groupe social.

Cela représente-t-il un progrès de l'homme ou une régression à un stade archaïque ? Ou bien n'est-ce que le prix à payer de l'installation de la société sans Pères où celle-ci devient MERE archaïque bonne et mauvaise, ambivalente, distribuant "magiquement" les produits qu'elle engendre = fournisseuse de "nourritures nouvelles" impliquant par nécessité un besoin et une dépendance de plus en plus serrée. Le toxico apparaît comme l'enfant chéri et rejeté tout à la fois de cette nouvelle formulation de l'adoption sociale des adolescents évacués par une "explosion" brutale de la "famille nucléaire". Et c'est dans ce contexte que la Société a créé de toute pièce un phénomène drogue qui existe comme il y a un phénomène de violence qui est la forme extériorisée de la même chose.

L'adolescent n'a plus droit qu'à une révolte canalisée et s'il y a obstacle, s'il y a seulement abandon des "rails" (le droit chemin des parents ou des autres) la seule révolte possible est la consommation de soi dans le PLAISIR immédiat, là, maintenant, tout de suite ; comme elle l'est avec certaines drogues chez certains de ces adolescents que nous désigneront comme handicapés socio-culturels d'origine techno-historique, celui-ci réduisant l'environnement humain nécessaire à l'éducation des enfants.

Ceci explique que les jeunes couples fassent un ou deux enfants ou pas du tout. Il en faudrait $3 \frac{1}{2}$ (4 en somme) pour que le renouvellement des générations puissent se faire en bon équilibre. Paradoxalement, c'est aussi dans ce sous-groupe socio-économique que se trouvent les principales victimes de ce que nous appelons le système politique, économique et social, technologique, scientifique, culturel.

Athènes entretenait comme victimes des individus déchus et sans utilité, notre démocratie s'en est inspirée, peut-être sans le vouloir, puisque la loi le désigne et l'isole d'un groupe déjà très isolé. Le marginal déviationniste, pas toujours fou, sous la rubrique Toxicomane se voit interdire de façon de plus en plus

perverses l'accès aux Drogues, lui offrant le choix entre :

- la vie aliénée à l'asile ;
- la vie aliénée aux toxiques mais à ses risques ;
- la vie aliénée à un système-code de type Daytop ou pire secte Moon ;
- la réalisation des actes de sa vie pour quelques uns mais cela sera dur car le groupe social l'attend pour lui en faire "baver".

Les autres resteront des esclaves qui ne se plaindront que très peu avant de mourir.

Ce que nous avons voulu dire dans ce chapitre ne signifie pas obligatoirement que la société se serve tout le temps du toxicomane comme focalisateur spectaculaire de l'angoisse collective ; entre deux temps spectaculaires, le réel s'achemine lentement mais sûrement vers un élargissement des réseaux de vente ; et il s'avère que les adolescents sont les principaux clients et heureusement seulement quelques-uns en abusent et c'est parmi eux que la victime du rite spectaculaire suivant se trouve aujourd'hui, encore anonyme, de toute façon.

CONCLUSION

Nous avons essayé, tout au long de ce travail, de restituer notre pratique médicale dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie. Nous avons tenté de montrer que le médecin y tenait une place de choix certes, mais non exclusive. En effet, la prise en charge du "toxico" (utilisateur occasionnel et (ou) pharmacodépendant) n'est pas uniquement réservée au médecin, bien que ce soit sous sa responsabilité légale que celle-ci devra se faire.

Nous pouvons bien évidemment apporter ici une première critique en rappelant que nous n'avons traité ici que d'aspects très parcellaires du phénomène et qu'il ne nous est pas possible de le saisir dans sa totalité. Néanmoins, le problème posé est et sera encore : comment aider les toxiques dépendants à briser leurs "chaînes" et surtout comment éviter qu'un nombre de plus en plus important d'adolescents contemporains, face à une certaine angoisse de l'avenir, ne sombrent dans le domaine de la "défonce" malgré les efforts internationaux.

Nous n'avons pas ici à proposer de solution de thérapeutique socio-culturelle mais seulement une approche critique qui nous permettra peut-être d'élaborer, en comprenant mieux le pourquoi, une prise en charge plus efficace de l'ado-

lescent toxico, en lui redonnant tout d'abord une dimension sociale, une identité groupale et dans un second temps en traitant avec lui ses problématiques individuelles : mais actuellement, il n'existe aucune structure, aucune institution qui puisse s'attaquer à tous les problèmes de front et qui permettrait à l'adolescent, dont l'éducation reste précaire, de mieux se défendre contre l'agressivité environnante de sa vie quotidienne.

Les adolescents n'ont encore ni Travaillé, ni Créé et ils se droguent : Pourquoi ? La question reste encore ouverte. Mais déjà, nous pouvons affirmer : si l'adolescent désire un nouveau choix de vie, la drogue n'est qu'une erreur de parcours pour beaucoup et aussi une recherche désespérée de Plaisir.

Le Président de la Thèse :

Pr L. ROCHE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LYON, le 12 octobre 1977

Le Président de l'Université Claude Bernard
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,

Vu, le Directeur de

.E.R. GRANGE-BLANCHE,

B. SALLE

D. GERMAIN

R E S U M E

Nous avons tenté, au cours de ce travail et à partir de nos activités de prise en charge dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie de dresser un bilan synthétique des observations ainsi réalisées.

Notre effort a été surtout de mieux comprendre comment le médecin désigné par la Société pour ce travail pouvait se situer et agir afin d'apporter une aide qui se veut efficace aux "drogués de la Cité".

Et puis, il nous a paru intéressant de tenter une approche du toxicomane par l'intermédiaire de son vécu et de son existence. Nous avons voulu montrer par là, que le toxicomane en particulier et l'adolescent en général, posait outre des problèmes de pathologie individuelle, un problème d'insertion dans le monde contemporain, avec ces principaux signes traduisant alors toute l'ambiguïté de l'intervention médicalisée sur ce phénomène. Les drogues n'intervenant qu'en tant que facteur particulier de la problématique globale de l'adolescent, dans une Société qui évoluerait vers une Société sans Pères.

Et posant comme principe que les drogues sont des marchandises nous avons abordé deux questions relatives au phénomène contemporain, l'une traitant des drogues comme moyen de colonisation et l'autre du rôle de bouc émissaire, Pharmakos, que jouerait spectaculairement le toxicomane et permettrait ainsi au groupe dans son entier de péréniser le système socio-économique et sa survie, lui "rendant" par son sacrifice la tranquillité et la PAIX.

B I B L I O G R A P H I E I

OUVRAGES GENERAUX

** Les ouvrages portant ce sigle sont ceux cités dans notre travail.
' correspond à bis dans le texte.

- ** 1 - ALLAIN P. : "Hallucinogènes et Société" Ed. Payot
- 1' - APFELDORFER G. : "Tranches de vies" Thèse Lyon I 1977
- 2 - ANSLINGER H.J. : "Les trafiquants de drogue" Ed. Fayard
- 3 - BATAILLE G. : "La littérature et le mal" Ed. Gallimard
- ** 4 - BATAILLE G. : "La part maudite" Ed. de Minuit
- ** 5 - BAILLY J.C. et GUIMARD J.P. : MANDALA "Essai sur l'expérience
hallucinogène" Ed. Belfond
- ** 6 - BAILLY J.C. et RUTTEN G. : "Dossier L.S.D." Ed. Belfond
- 7 - BASTIANI A. : "Les mauvais lieux de la Côte d'Azur" Ed. Balland
- 8 - BENSSOUSSAN P. : "Qui sont les drogués ?" Ed. Laffont
- ** 9 - BERCOFF - DEVIL N. - SALOMON : "TOUT le livre des possibilités"
Ed. Laffont
- **10 - BIBLE DE JERUSALEM : Ed. du Cerf
- **11 - BRAU J.L. : "Histoire de la drogue" Ed. Tchou
- 11' - BRUNAUD D. : "Institution en création" Thèse médecine Lyon 72
- 12 - CARO G. : "La Médecine en question" Ed. Maspéro
- 13 - CASRIEL D. : "Daytop" Ed. Mercure de France
- 14 - CASTADENAS C. : "L'herbe du diable et la petite fumée"
Ed. Le soleil noir
- **15 - CHRISTIAN D. : "Marchandise drogue" Ed. Bourgois 10/18
- 16 - COEURDEROY E. : "Pour la révolution" Ed. Champ libre
- 17 - COHEN S. : "L.S.D. 25" Ed. Gallimard
- 18 - COHEN A. : "La Médecine en question" Ed. Maspéro
- 19 - COOPER D. : "Psychiatrie et anti-psychiatrie" Ed. du Seuil
- **20 - COOPER D. : "Mort de la Famille" Ed. du Seuil
- **21 - DEBORD G. : "La société du spectacle" Ed. Champ libre
- 22 - DEBORD G. : "La véritable scission dans l'Internationale
Situationniste" Ed. Champ libre

- 23 - DEBUYST et JOOS : "L'enfant et l'adolescent voleurs" Ed. Dessart
- 24 - DELEUZE et GUATTARI : "L'anti-oedipe" Ed. De minuit
- 25 - DEVEREUX G. : "Essai d'ethnopsychiatrie générale" Ed. Gallimard
- **25' - DEVIL N. : "OREJONA" Ed. Kesselring
- 26 - DRAKE B. : "The cultivators handbook of marijuana"
- 27 - DREVON A. : "Au-delà du L.S.D." Ed. Stock
- 28 - DUROCHER J. : "Drogues . Drogués" Ed. de l'Homme Canada
- **28' - ENCYCLOPEDIE GENERALE HACHETTE Ed. 1975
- **29 - ESCANDE J.P. : "Les médecins" Ed. Grasset
- 30 - EY H. : "Manuel de psychiatrie" Ed. Masson
- **31 - EY H. : "Traité des hallucinations" Tome 1 Ed. Masson
- 32 - FOUCAULT M. : "Surveiller et punir" Ed. Gallimard
- 33 - FOUCAULT M. : "Histoire de la folie" Ed. Gallimard
- **34 - FURST P. : "La chair des Dieux" Ed. du Seuil
- **35 - FREUD S. : "Malaise dans la civilisation" Ed. P.U.F.
- **36 - FREUD S. : "Totem et tabou" Ed. Payot
- 37 - FREUD S. : "Introduction à la psychanalyse" Ed. Payot
- 38 - FREUD S. : "Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient" Ed. Gallimard
- 39 - FREUD S. : "Cinq leçons sur la psychanalyse" Ed. Payot
- **40 - GABEL F. : "La fausse conscience" Ed. Minuit
- 41 - GLASSER W. : "La reality therapy" Ed. Epi
- 42 - GONZALES G. : "La rencontre du jeune toxicomane et du milieu militaire" Thèse Lyon 1972
- 43 - HANUS M. : "Droque et drogués" Ed. Bordas
- **44 - HENRY J. et LEGER L. : "Les hommes se droguent l'état se renforce" Ed. Champ libre
- **45 - HOCHMANN J. : "Pour une psychiatrie communautaire" Ed. Seuil
- 46 - HOFF G. : "Je ne serais plus psychiatre" Ed. Stock
- 47 - JAUBERT A. : "D... comme Droque" Ed. A. Moreau
- 48 - JUNGER C. : "Approches Drogues et Ivresse" Ed. Gallimard
- 49 - KOSIK K. : "La dialectique du concret" Ed. Maspéro
- 49' - LAING R. : "La politique de la famille" Ed. Stock
- **50 - LAMOUR C. et LAMBERTI M. : "Les grandes manoeuvres de l'opium" Ed. du Seuil
- **51 - LANCELOT M. : "Je voudrais regarder Dieu en face" Ed. J'ai lu

- 52 - LAPLANTINE F. : "Etnopsychiatrie" Ed. Epi
- **53 - LEARY T. : "La politique de l'extase" Ed. Fayard
- 54 - LEVI STRAUSS C. : "Race et Histoire" Ed. Gonthier
- 55 - LEVI STRAUSS C. : "Tristes tropiques" Ed. Plon
- 56 - LEVI STRAUSS C. : "La pensée sauvage" Ed. Plon
- 57 - LEVI STRAUSS C. : "Anthropologie structurale" Ed. Plon
- 58 - LEWIN L. : "Phantastica" Ed. Payot
- 59 - LORAS O. : "Rencontre avec Henri Michaux" Ed. J. et S. Bleyon
- **59' - MARCUSE H. : "Eros et civilisation"
- 60 - MARGOLIS S. and CLORFENE R. : "A child's garden of grass"
The official handbook for marijuana users
Ed. Pocket books U.S.A.
- 61 - MARX K. : "Les manuscrits de 1844" Ed. Sociales
- **62 - MARX K. : "Le capital" Tome 1 Ed. Sociales
- 63 - MAUSS M. : "Sociologie et Anthropologie" Ed. P.U.F.
- 64 - MENAGER G. : "Les quatre vérités de la Drogue" Ed. La table
ronde
- 65 - MENDEL G. : "Anthropologie différentielle" Ed. Payot
- **66 - MENDEL G. : "La crise des générations" Ed. Payot
- **67 - MICHAUX H. : "Connaissance par les gouffres" Ed. Gallimard
- 68 - MICHAUX H. : "Les grandes épreuves de l'esprit" Ed. Gallimard
- **68' - MINKOWSKI E. : "Le Temps Vécu" Ed. Delachaux et Niestlé
- **69 - MITSCHERLICH A. : "Vers la Société sans pères" Ed. Gallimard
- 70 - MOREAU DE TOURS : "Du haschich" Ed. Kesselring
- 71 - MULLER P. : "Le livre rose du hippy" Ed. U.G.E.
- 72 - OLIEVENSTEIN C. : "La drogue" Ed. Epi
- 73 - OLIEVENSTEIN C. : "Ecrits sur les toxicomanies" Ed. Epi
- **74 - OLIEVENSTEIN C. : "Il n'y a pas de drogués heureux" Ed. Laffont
- **75 - OUGHOURLIAN J.M. : "La personne du toxicomane" Ed. Privat
- **76 - OUGHOURLIAN J.M. : "Cours à la Sorbonne sur la toxicomanie"
- 76' - PLATON : "Le Banquet" Ed. N.R.F. Gallimard
- 77 - POLACK J.C. : "La médecine du Capital" Ed. Maspéro
- 78 - POROT A. et M. : "Les toxicomanies" Ed. Que sais-je
- **79 - PREVOST J.A. : "Opium monnaie forte" Ed. La table ronde 1962
- **80 - PRADAL H. : "Guide des médicaments" Ed. du Seuil
- 80' - QUENARD O. : "La rencontre avec le toxicomane à l'hôpital
général" Thèse Lyon 1975

- 81 - QUINCEY T. : "Les confessions d'un opiomane anglais"
Ed. Gallimard
- 82 - REICH W. : "La révolution sexuelle" Ed. Plon
- ** 83 - REICH W. : "La fonction de l'orgasme" Ed. L'arche
- 84 - REICH W. : "Ecoute, Petit Homme" Ed. Payot
- 85 - REICH W. : "Qu'est-ce que la conscience de classe ?"
Ed. Sinelnikoff
- ** 86 - REICH W. : "Le meurtre du Christ" Ed. Champ libre
- 87 - REICH W. : "L'analyse caractérielle" Ed.
- ** 88 - REICH W. : "Psychologie de masse du fascisme" Ed. La pensée
molle
- 89 - REICH W. : "Matérialisme dialectique, matérialisme historique
et psychanalyse" Ed. La pensée molle
- 90 - ROCHEFORT C. : "Les enfants d'abord" Ed. Grasset
- 91 - SARTRE J.P. : "Critique de la raison dialectique"
Ed. Gallimard
- ** 92 - SARTRE J.P. : "Les mouches" Ed. Gallimard
- ** 92'- SIMON P. et COLONNA L. : "Les Psychotropes" Ed. Pil 1972
- 93 - SNYDER S.H. : "La marijuana" Ed. du Seuil
- ** 94 - SOUSTELLE J. : "Les quatre soleils" Ed. Plon
- ** 95 - SZASZ T. : "Les rituels de la drogue" Ed. Payot
- ** 96 - VARENNE G. : "L'abus des drogues" Ed. Dessart
- 97 - VEDRINNE J. : "L'intoxication aiguë volontaire" Ed. Masson
- ** 98 - VERDIGLIONE A. : "Drogue et langage" Ed. Payot
- 99 - VANEIGEM R. : "Traité de savoir vivre à l'usage des
jeunes générations" Ed. Gallimard
- 100 - WATTS A. : "Joyeuse cosmologie" Ed. Fayard
- 101 - WINNICOTT D.W. : "La consultation thérapeutique et l'enfant"
Ed. Payot
- 102 - WYSS M.A. : "Intoxication par le L.S.D. 25"
Problèmes médico-légaux - Thèse Strasbourg
Collection médecine légale Ed. Masson

ANONYMES ET DIVERS

- **103 - ACTUEL : "La drogue" N° 20 mai 1972
- **103'- ACTUEL : "L'herbe" N° 39 février 1974

- 104 - CAHIERS SANDOZ : "Ivresse chimique et crise de civilisation"
Entretien du Rueil
- 105 - DOCUMENTATION FRANCAISE N° 304 : "Aspects psychosociologiques
de la toxicomanie"
- **106 - INTERNATIONALE SITUATIONNISTE : Ed. Champ libre
- **106'- INSERM : Santé publique "Les lycéens devant la drogue et les
autres produits psychotropes" 1973
- **107 - MAINMISE N° 14 et N° spécial : "La drogue"
- **108 - MAGAZINE LITTERAIRE N° 85 : "Henri Michaux"
- **108'- MAGAZINE LITTERAIRE N° 34 : "La littérature et la drogue"
- **109 - PARAPLUIE N° 8 : juillet-août-septembre 1972
- **109'- POINTS DE VUE SUR LA DROGUE : secrétariat de la jeunesse
et des sports
- 110 - POURQUOI MET -ON EN PRISON LES MECS QUI SE SHOOTENT ?
Ed. du Seuil
- **111 - LA QUINZAINE LITTERAIRE / L'année littéraire 1972 :
Maud Mannoni à propos de Mort de la Famille de COOPER
- 112 - DOCUMENTATION MIDY N° 74 : "Le tabac" collection interna-
tionale des documents Midy
- 113 - TOXICOMANIES : Colloque international 20 à 24 septembre 1971
Ed. Association le Pont
- 113'- TOXICOMANIES : Revue de l'Office de la prévention et du
traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies
QUEBEC - CANADA ; N° :
- | | | | | | |
|-------------|------------|------|-------------|-------------|------|
| 114 | Volume I | N° 1 | 127 | Volume VII | N° 4 |
| 115 | Volume IV | N° 1 | 128 | Volume VIII | N° 1 |
| 116 | Volume IV | N° 2 | 129 | Volume VIII | N° 2 |
| **117 | Volume IV | N° 3 | 130 | Volume VIII | N° 4 |
| **118 | Volume V | N° 1 | 131 | Volume IX | N° 1 |
| 119 | Volume V | N° 2 | **132 | Volume IX | N° 2 |
| **120 | Volume V | N° 3 | | | |
| 121 | Volume V | N° 4 | | | |
| 122 | Volume VI | N° 1 | | | |
| **123 | Volume VI | N° 2 | | | |
| 124 | Volume VII | N° 1 | | | |
| 125 | Volume VII | N° 2 | | | |
| 126 | Volume VII | N° 3 | | | |

B I B L I O G R A P H I E I I

OEUVRES LITTERAIRES

- 1 - ALGREN N. : "L'homme au bras d'or" Ed. Gallimard
- 2 - BAUDELAIRE C. : "Du vin et du haschich" Ed. La PLEIADE
- ** 3 - BIZOT J.F. : "Les déclassés" Ed. Sagittaire
- 4 - BROWN C. : "On se défonce" Ed. Gallimard
- 5 - BURROUGHS W. : "Le festin nu" Ed. Bourgois
- 6 - BURROUGHS W. : "Le ticket qui explosa" Ed. Bourgois
- 7 - BURROUGHS W. : "Nova express" Ed. Bourgois
- 8 - BURROUGHS W. : "La machine molle" Ed. Bourgois
- 9 - BURROUGHS W. : "Exterminateur !" Ed. Bourgois
- 10 - BURROUGHS W. : "Les enfants sauvages" Ed. Bourgois
- **11 - BURROUGHS W. : "Junkie" Ed. Belfond
- **12 - BURROUGHS W. : "Apo 33" Ed. Les cahiers de l'herne
- 13 - BURROUGHS JUNIOR : "Speed"
- 14 - COHEN L. : "Beautiful losers" Ed. 10/18
- 15 - COCTEAU J. : "Journal d'une désintoxication" Ed. Stock
- 16 - CHAMPAGNE G. : "J'étais un drogué" Ed. Du Seuil
- 17 - CHAMPAGNE G. : "Après la drogue" Ed. Du Seuil
- **18 - DOORS (the) : "Songs book" Ed. Zing mee cahier
- 19 - DUCHAUSSOIS C. : "Flash" Ed. Fayard
- 20 - ERRER E. : "La came à nous autres" Ed. Gallimard
- 21 - GENET J. : "Journal du voleur" Ed. Gallimard
- **22 - FELLER B. : "Jimi Hendrix" Ed. Albin Michel
- 23 - HEDAYAT D. : "Le bleu, le bleu" Ed. Bourgois
- 24 - HUXLEY A. : "Ile" Ed. Plon
- 25 - HUXLEY A. : "Le meilleur des mondes" Livre de poche
- **26 - HUXLEY A. : "Les portes de la perception" Ed. Pygmalion
- 26'- HUXLEY A. : "L'ange et la bête" Ed. La Jeune Parque 1951
- 27 - KEROUAC J. : "Les anges vagabonds" Ed. Denoël
- **28 - KEROUAC J. : "Les clochards célestes" Ed. Gallimard
- **29 - KEROUAC J. : "Sur la route" Ed. Gallimard

- 30 - KEROUAC : "Mexico city blues"
- 31 - KEROUAC : "Les souterrains" Ed. Gallimard
- 32 - LACAMP M.O. : "Le kief" Ed. Grasset
- 33 - LACROIX H. : "Raideur digest" Ed. du Seuil
- 34 - LEBEL J.J. : "La poésie de la Beat génération" Ed. Denoël
- 34'- MONFRED H. de : "La croisière du haschich" Le livre de poche
- 35 - MORRISON J. : "Seigneurs et nouvelles créatures" Ed. Bourgois
- 36 - LOWRY M. : "Au-dessous du volcan" Ed. Gallimard
- 37 - RECHY J. : "Cité de la nuit" Ed. Gallimard
- 38 - RIMBAUD A. : "Poésie" Le livre de poche
- **39 - MILLER H. : "Le temps des assassins - essai sur Rimbaud"
Ed. P.J. Oswald
- 40 - SANDERS E. : "Les tessons de Dieu" Ed. Bourgois
- 41 - TROCCHY A. : "Le livre de Caïn"
- 41'- WATSON I. : "L'enchassement" Ed. Calman Levi
- 42 - YURICK S. : "The bag" Ed. Trident
- 43 - X : "L'herbe bleue" Ed. Presse pocket

B I B L I O G R A P H I E I I I

REVUES - DOCUMENTS - BROCHURES

- 1 - ACTUA N° 85 MAI 1973 : Jeunesse et drogues en Suisse :
"La drogue contre l'humain" J. Hersch
- 2 - ACTUA N° 85 : "La drogue signe d'un mal profond" R.F. Lejeune
- 3 - ACTUA N° 85 : "Epidémiologie et prévention médico-sociale"
J.J. Deglon
- 4 - ACTUA N° 85 : "Jeunesse et drogue, aspects juridiques" P.C. Weber
- 4'- ACTUA N° 85 : "Le médecin praticien face aux toxicomanies
juvéniles" H. Solms
- 5 - ACTUA N° 85 : "Notes cliniques sur les jeunes et les drogues"
J. Bernheim
- 6 - ACTUA N° 85 : "Traitement social : le refus d'une spéciali-
sation" C.N. Robert
- 6'- ACTUA N° 85 : "Aspects diagnostics de la dépendance de
de drogues chez les jeunes" A. Uchtenhagen
- 7 - ACTUALITES DOCUMENTS PREMIER MINISTRE MAI 1972 N° 90 :
"Drogue : ce que les parents doivent savoir"
- 8 - ACTUALITES PSYCHIATRIQUES N° 6 1973 : "Les toxicomanies"
- 9 - ANNALES DE MEDECINE LEGALE : "Accidents de sevrage chez les
toxicomanes au secobarbital" J. Vedrinne n° 47 - 1967
: "Toxicomanie au trichloréthylène
à propos d'une observation" J. Vedrinne - Cottraux - Evreux
1968 I n° 4
- 10 - ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES T. 1. 1976 N° 2 pp 266 à 272 :
"Le sulpiride dans le sevrage des toxicomanies non
éthyliques" par J. Carrere et J.M. Roux
- 10'- ANNALES NESTLE : "Les toxicomanies chez l'enfant et l'ado-
lescent" n° 69

BROCHURES D'INFORMATION SUR LA DROGUE

- 11 - EDUCATION ET VIE SOCIALE : "Raibol la drogue"
- 12 - CENTRE DIDRO : "Drogue et société"

- 13 - FONDS DES NATIONS-UNIES : "Nos enfants la drogue et nous"
Ed. Pro Juventute
- 14 - MINISTERE DE LA SANTE : Drogues : "Un guide pour parents
et éducateurs"
- **15 - MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE : Dossier drogue
"Drogues . Dieux . idéologies" G. Devereux
"Free clinic de l'Abbaye" C. Orsel
- 16 - OFFICE DE LA JEUNESSE - GENEVE : Institut universitaire de
médecine sociale Lausanne. Groupement Romand - Bienne :
"Drogue : brochure d'information pour les jeunes"
- 17 - ORDRE NATIONAL DES MEDECINS : "Les toxicomanies autres que
l'alcoolisme"
- 17'- COLLOQUE INTERNATIONAL SUR LA DEVIANCE : juillet 1976 :
"Déviance et instinct de mort"
- 18 - BULLETIN DE LIAISON DU C.E.S. DE PSYCHIATRIE DE LYON :
"Du fortal" A. ODDOU n° 2 1975 Dans le cadre plus
général des médicaments comme drogue
- 19 - BULLETIN DES STUPEFIANTS VOL. XXIV N° 2 : avril - juin 1972 :
"Socio-psychologie de la consommation du cannabis :
mythe, mystère et réalité" M.I. Soueif
- 20 - BULLETIN DES STUPEFIANTS VOL. XXIII N° 2 : avril - juin 1971 :
"La drogue dans l'oeuvre d'auteurs contemporains de
langue anglaise" S. Taqi
- **21 - BULLETIN DES STUPEFIANTS VOL. XXIII N° 2 : avril - juin 1971 :
"La drogue dans l'oeuvre cinématographique contemporaine"
S. Taqi
- **22 - BULLETIN DES STUPEFIANTS VOL. XXIII N° 1 : janvier - mars 1971
"Le téonanàcatl et l'ololiuqui, deux anciennes drogues
magiques du Mexique" A. Hofmann

LE CONCOURS MEDICAL

- 23 - "Approche médico-psychologique du toxicomane" A. Braconnier
et C. Olievenstein 10.2.1973 pp 997-1004
- 24 - "A propos du traitement de la tabacomanie" A. Gaillard
23.III.1968 90.12
- **25 - "Complications somatiques de la toxicomanie à l'héroïne"
J. Jougla et C° 10.2.1973 95.6

- **26 - "Conduite à tenir devant une toxicomanie : les héroïnomanes"
A. Krajevitch 11.11.1972 94.45
- 27 - "Drogue : l'heure de l'objectivité ?" 10.IV.1971 93.15
- 28 - "Effets psycho-physiologiques de l'ingestion de doses
modérées d'alcool" J.P. Dinand - M. Defayolle - A. Camelin
25.X.1969 91.43
- 29 - In - informations médicales : le "shoot" du singe japonais
- 30 - "Inscription au tableau B de certains médicaments" CM 26.10.74
96.37
- 31 - "L'alcoolisme" H. Pequignot 21-28.7.73
- 32 - "La drogue : malaise dans la civilisation" 22.XI.1969 91.47
- 33 - "La mort toxique" 9.III.1968 90.10
- 34 - "Le métabolisme de l'ethanol" 23.XI.1968 90.47
- 35 - "Le café en diététique" 21.II.1970 92.8
- 36 - "Les ghettos vous guettent" 10.VII.1971
- 37 - "Les médicaments et le sommeil" 18.9.1976 98.33
- 37'- "La drogue à Paris en 1974" C. Olievenstein 13.4.1974 96.15
- **38 - "Les hypnotiques non barbituriques" 25.9.1976 98.34
- 39 - "L.S.D. 25 et schizophrénie" 9.XI.1968 90.45
- 39'- "Marijuana et mutisme" 23.12.1972 94.51
- 40 - LIVRES : Hollister L.E. : "Chemical psychoses L.S.D. and
related drugs" ; pp 8231-8232 cité par C. Koupernik
30.XI.1968 90.48
- 41 - "Sturm and drang" 14.XII.1968 90.50
- 42 - "Suicide : étude de 125 dossiers d'enquêtes suicidaires"
28.IX.1968 90.39
- 43 - "Trois suicides par le poison, le fer et le feu" P. Scherrer
15.V.1971 93.20
- 44 - "Une toxicomanie peu connue : le khat" Poumailloux
8.7.1972 94.28
- 45 - PSYCHIATRIE FACULTE DE MEDECINE LYON I : "Le phénomène et
la relation toxicomaniaques" Dr J.C. Rolland
- **46 - SORBONNE - Dr Oughourlian 1973
- 47 - TOXICOLOGIE : Dr Vincent : "Les toxicomanies"
- **48 - UNIVERSITE JEAN MOULIN (LYON III) FACULTE DE DROIT :
Criminologie par Pr M. Varinard : "usage d'alcool et
de stupéfiants, aspects juridiques"

- 49 - CONFRONTATIONS PSYCHIATRIQUES N° 8 1972 : "Alcoolisme et structures psychotiques" J. Pellet et J. Cottraux
- **49 - CONFRONTATIONS PSYCHIATRIQUES N° 11 1973 : "Anthropologie compréhensive"
- **50 - CONGRES DE TOXICOLOGIE CLINIQUE ET MEDECINE LEGALE :
A. Oddou et Dr Vincent "Problèmes de toxicomanies : les moyens de prévention" 23.2.1976
- **51 - CONSEIL DE PARIS : arrêté du 3.6.1966
- 52 - CROIX (LA) : journal quotidien ; articles sur la drogue
- 53 - DERNIERE HEURE LYONNAISE : 28 et 29.3.1977 :
Article de A. Delobre et J.Y. Bonnamour
- 54 - DIDRO : "Parents - éducateurs et la drogue" ; des réponses américaines à la drogue
- 55 - "Avec la brigade anti-drogue" A. Icart (doc. du C.A.P.)

DOCUMENTS DU CENTRE ANTI-POISON DE LYON
(articles sans autres origines connues)

- 56 - "Ces enfants qui ont choisi la mort" J.D. Teicher
- 57 - "Des aiguilles pour traiter les drogués"
- 58 - "Dossier drogue : situation mondiale"
- 59 - "Dynamics of drug dependency" R.O. Heilmann M.D.
- 60 - "Enseignement post-universitaire" 8.1.1969 2ème Chaine
- 61 - "Etat somatique de 100 intoxiqués chroniques aux opiacés"
Gaultier, Fournier, Piva et Bismuth
- 62 - "Historique du contrôle international des drogues"
- 63 - "La sophronisation" Dr J. Donnars
- 64 - "La connaissance et l'usage par les jeunes de produits ayant une affinité psychotrope" F. Davidson, M. Choquet et M. Depagne
- 65 - "La drogue" G. Launais et G. Becker
- 66 - "La drogue démystification"
- **67 - "Le rôle de la douane dans la lutte anti-drogue" M. Gissinger
- 68 - "Les expériences religieuses sous l'effet des drogues hallucinogènes" Pr K. Thomas
- **69 - "Les toxicomanies dans la région lyonnaise" J. Vedrinne et V. Vincent 1971

- 70 - "L'épidémiologie de la drogue" Dr R. de Alarcon
- 71 - "Pharmacodépendance : usage abusif des drogues"
- 72 - "Problèmes posés par la drogue en milieu pénitenciaire"
Dr G. Fully
- 73 - "Problème socio-psychologique de l'appétance à la drogue"
Dr C. Olievenstein
- 74 - "Toxicomanies à Marseille" Dr Despinoy
- 75 - "Toxicomanies : thérapeutique générale des toxicomanies"
- 76 - "Une expérience de sauvetage des toxicomanes" Delency
Strett Dr C.R. d'Esposito
- 76'- "Une prescription trop fréquente et non anodine : les
hypnotiques barbituriques" A. Gisselman
- 77 - DROGSTOP N° 1 février 1975 et N° 2 mai 1975
- 78 - DRUG DEPENDANCE / VOL. 1 N° 16
- 78'- DRUG AND ALCOHOL DEPENDANCE VOL. 1 N° 1 septembre 1975
- 79 - ELLE : "Droque : les soeurs Lamour mènent l'enquête"
L. Clerc N° 1618 du 10.1.1977
- 80 - ENCEPHALE 1975 I 49.52 : "Sulpiride et toxicomanie"
R. et S. Planche
- 81 - EXPRESS : "La droque au lycée : que faire ?" N° 1242
- 82 - EXPRESS : "Droque : l'express remonte la nouvelle filière"
N° 1234
- 83 - EXPRESS RHONE-ALPES : "Loulous : milice ou éducateurs" N° 56
- **84 - EXPRESS : "La chute des anges" 30.8.1971
- 85 - FEMME PRATIQUE : "Dossier droque" juin 1977
- 86 - FEMMES ET MONDES : "La droque" N° 9 1970
- 87 - HEBDO LYON : "Droque à l'école" P. Mehnert N° 594 mai 1976
- 88 - HUMANITE DIMANCHE : "L'herbe des songes et des mensonges"
C. Leconte N° 19 juin 1976
- 89 - INFORMATIONS PSYCHIATRIQUES VOL. 47 N° 7 1971
- **90 - INSTITUT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE SOCIALE ET PREVENTIVE de
Lausanne : "Une étude de la personnalité d'adolescents
consommateurs de droque en Suisse romande" M. Oléinikoff
- **90'- INSTITUT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE SOCIALE ET PREVENTIVE de
Lausanne : "Définition et données générales de prévention
primaire" M. Oléinikoff

- ** 90'1 INSTITUT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE SOCIALE ET PREVENTIVE de
Lausanne : "Plan de prévention dans le canton de Vaud"
M. Oléinikoff
- 91 - JAMA JUNE 11 VOL. 224 N° 11 : "Methaqualone abuse"
D.S. Inaba, J.A. Newmeyer, G.R. Gay et C. Whitehead
- 92 - JAMA JUNE 11 VOL. 224 N° 11 : "Methaqualone abuse, the
quiet epidemic" E.F. Pascarelli
- 93 - JEUNE CHAMBRE ECONOMIQUE DE LYON : "La lutte contre la
toxicomanie à Aix-en-Provence" (non édité)
- 94 - JONCTION N° 12 : "Les toxicomanies"
- 95 - JOURNEE LYONNAISE DE MEDECINE 1974 : "Problèmes neuro-
psychiatriques liés à la drogue" O. Quénard et J. Vedrinne
- 96 - LABORATOIRE DE TOXICOLOGIE DE LA PREFECTURE DE POLICE DE
PARIS : "Un fléau qui menace notre jeunesse, les
drogues stupéfiantes" Dr R. Le Breton
- 97 - LABORATOIRE WINTHROP : Fortal "L'analgésie majeure au
service de toutes les formes de douleur"
- 98 - LABORATOIRE ARKODEX : "Pretonine" S.H.T.P.
- 99 - LA NOUVELLE PRESSE MEDICALE : janvier 1973 2 N° 3 :
"Toxicité du chanvre indien" de G.G. Nahas
- 100 - LA VIE MEDICALE : "Systématisation de l'utilisation du
sulpiride dans le traitement des toxicomanies"
A.J. Charles Nicolas et A. Braconnier novembre 1974
- **101 - LE MONDE : articles des 21, 23, 26 mai 1966
- **102 - LES TEMPS MODERNES : "La nouvelle guerre de l'opium"
F. Browning et B. Garrett
- **102' - LES TEMPS MODERNES : "Héroïne et impérialisme" par le
Comittee of Concerned Asian Scholars
- 103 - LE PAYS : "Conférence sur la drogue" N° 1485 mars 1974
- 104 - LE POINT : "La maison des drogués" C. Olievenstein N° 224
- 105 - LE PROGRES : articles divers
- **106 - LYON PHARMACEUTIQUE 73 24 2 221 228 : "La drogue, des
sociétés primitives à la crise actuelle" J.M. Pelt
- 107 - LYON POCHE : "Re-Vivre ?" M. Seveil
- 108 - MARSEILLE MEDICAL : Note officielle : "Information du
public dans le domaine de la drogue" 1972 N° 5

- 109 - MEDECINE LEGALE ET DOMMAGE CORPOREL : "Le corps, le temps, la mort dans la toxicomanie et le suicide" A. Gorceix
1971 4 229
- 110 - MISSI : "La drogue" 4.4.1977
- 111 - MOUVEMENT PSYCHIATRIQUE : N° spécial toxicomanie 1972
- 112 - NOS EQUIPES : spécial toxicomanie
- 113 - NOUVELLES MEDICALES : "Toxicomanies sans drogue ?"
- 114 - NOUVEL OBSERVATEUR : "Les miraculés de la Boère" 19.8.1974
- 115 - NOUVEL OBSERVATEUR : "Drogue : état d'urgence" N° 588 3 75
C. Olievenstein
- 116 - PILOTE mensuel : "Le scandale des drogués politiques"
- **117 - PLAY BOY édition française mai 1976 : "La gestapo américaine"
F. Browning
- **118 - PROFIL ET DEVENIR DE L'INDIVIDU TOXICOMANE DANS LES
communautés thérapeutiques D. Christian et P. Dole
(non édité)
- **119 - PSYCHIATRIES N° 19 : "L'argent" articles de M. CARDINNE et
Oury
- 120 - RAPPORT D'ACTIVITE 1972 : foyer de post-cure de Sartrouville
(non édité)
- 121 - RAPPORT D'ACTIVITE RELEASE 1975 : Fribourg (Suisse)
- 122 - RAPPORT D'ACTIVITE A 3 1974 (non édité)
- 123 - RAPPORT sur la méditation transcendantale et ses applications
J.P. Banquet - Toulouse
- 123'- RECHERCHE D.G.R.S.T. 1976 : "Essai de définition des
mécanismes sociaux de la déviance" Colin, Rolland, Mandon
- 124 - RENCONTRE PSYCHIATRIQUE :
"Approche et repérage de la toxicomanie des jeunes en
1972" R. Albaranes
"Aspects diagnostics de la dépendance de drogues chez
les jeunes"
"La drogue révélatrice" M. Despinoy
- 125 - RESONANCE : "Drogue à Lyon, la vérité" entretien avec
A. Oddou N° 124 novembre 1975
- 126 - REVUE MEDICALE TOULOUSE : "Les toxicomanies actuelles"
L. Gayral 5.VIII pp. 571-590

- 127 - REVUE DE L'U.N.A.E.D.E. : "Pourquoi la drogue ?" A. Oddou
- 128 - REVUE DE LA SECURITE : "La drogue en France" J.P. Baujat 73
- 129 - REVUE DE DROIT PENAL ET DE CRIMINOLOGIE :
 "Le phénomène drogue : aspects socio-culturels"
 C. Somerhausen
 "L'identité du drogué" Dr H. Feldmann N° 50 4.1.1970
- 130 - REVUE DU PRATICIEN : mars 1971, dont :
 "Loi relative à la lutte contre la toxicomanie"
- **130' - ROLLING STONES : "Sister Morphine" Chanson
- 131 - SEMAINE DES HOPITAUX DE PARIS thérapeutiques 1975 51 P. 290
 et volume thérapeutique des entretiens de Bichat 1975
 "Un bilan d'assistance aux polytoxicomanes, psycho-
 thérapie et psychopharmacologie" S. et R. Planche
- 132 - SURGERY 573 VOL. 72 N° 4 pp. 573-577 :
 "Gangrene due to intra-arterial injection of drugs
 by drug-addicts" M.R. Gaspar and R.R. Hare.
- 133 - TELE-MEDECINE : "La drogue et la loi" N° 406 1974 30.7.74
- 134 - COMPLEMENT : Une bibliographie générale essentiellement
 anglo-saxonne est publiée par l'U.I.P.E., avec
 seulement quelques articles canadiens, belges,
 suisses et français.

F I L M O G R A P H I E S U C C I N T E

- ALICE'S RESTAURANT
- BLOW-UP
- CANNABIS 1970 PIERRE KORALNIK FRANCE
- CHAPPAQUA
- LE CHARME DISCRET DE LA BOURGEOISIE
- THE CHELSEA GIRL
- LES CHEMINS DE KATMANDOU
- LES CONFESSIONS D'UN MANGEUR D'OPIUM
- THE CONNECTION
- THE FRENCH CONNECTION
- EASY RIDER
- FLESH
- FRANCE SOCIETE ANONYME
- JOE C'EST AUSSI L'AMERIQUE
- IL ETAIT UNE FOIS UN FLIC
- LA VIE PRIVEE DE SHERLOCK HOLMES
- L'HOMME AU BRAS D'OR
- LYON'S LOVE
- MAC ADAM COW BOY
- MORE
- PANIQUE A NEEDLE PARK
- TAKING OFF
- THE TRIP
- T.H.X. 11.38
- TRASH
- ZABRISKIE POINT
- 200 MOTELS

TABLE DES MATIERES

	Pages
I - INTRODUCTION :	1
II - PREMIERE PARTIE :	7
CHAPITRE I :	8
A - Naissance du projet d'Association	8
B - Les trois phases : hospitalières ; hospitalière + accueil ; accueil extra-hospitalier	11
C - Le cadre de la loi du 31.12.1970	13
D - Les péripéties de la mise en place d'une équipe	16
E - Les grandes lignes de la pratique	18
CHAPITRE II :	19
A - Bilan des années 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77	19
B - La Pratique ; Organisation des actes commis	50
III - DEUXIEME PARTIE :	65
CHAPITRE I :	66
A - Rappels généraux	67
B - Réflexions cliniques	70
C - Analyse du phénomène	97
CHAPITRE II :	118
CHAPITRE III :	133
IV - CONCLUSION :	141
V - RESUME :	143
VI - BIBLIOGRAPHIE	
Bibliographie I	144
Bibliographie II	149
Bibliographie III	151
Filmographie	159
VII - TABLE DES MATIERES :	160

